

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE VŠEOBECNÉ SESTRY
S PACIENTEM

Bakalářská práce

Autor práce: **Jaroslava Čečková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2012

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**NONVERBAL COMMUNICATION OF A GENERAL
NURSE WITH PATIENT**

Bachelor's thesis

Author: **Jaroslava Čečková**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2012

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení práce, cenné rady a čas, který mi věnovala.

Velké poděkování patří také mému manželovi a synovi za podporu a optimismus, který mi po celou dobu studia dodávali.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem všeobecným sestrám z FN Motol a samotné Fakultní nemocnici v Motole v Praze, které mi pomohly uskutečnit výzkum.

Motto:

„Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.“ (Anthony Robbins)

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 KOMUNIKACE SOCIÁLNÍ	9
1.1 Definice komunikace	9
1.2 Komunikační modely	10
1.3 Druhy komunikace	12
1.3.1 Verbální komunikace.....	12
1.3.2 Neverbální komunikace.....	13
1.3.3 Komunikace činy.....	13
2 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU	15
2.1 Komunikace všeobecné sestry s pacientem	15
2.2 Verbální komunikace v ošetřovatelském procesu.....	17
2.2.1 Rozhovor sestry s pacientem	18
2.3 Neverbální komunikace v ošetřovatelském procesu	19
2.3.1 Součástí neverbální komunikace v ošetřovatelském procesu.....	20
3 SPECIFIKA KOMUNIKACE S PACIENTEM NA UPV	26
3.1 Definice umělé plicní ventilace.....	26
3.1.1 Indikace k UPV	26
3.1.2 Typy umělé plicní ventilace	26
3.2 Možnosti komunikace u pacienta na UPV	27
4 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V KOMUNIKACI.....	29
EMPIRICKÁ ČÁST	30
5 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	30
5.1 Cíle práce	30
5.2 Metodika práce.....	30
5.2.1 Zdroje odborných poznatků.....	30
5.2.2 Charakteristika zkoumaného souboru	31
5.2.3 Využitá metoda šetření	31
5.2.4 Zpracování získaných dat	32
6 VÝSLEDKY	33

6.1 Interpretace dat	33
7 DISKUZE	66
ZÁVĚR	72
ANOTACE	75
LITERATURA A PRAMENY	76
SEZNAM ZKRATEK	80
SEZNAM GRAFŮ	81
SEZNAM OBRÁZKŮ	83
SEZNAM TABULEK	84
SEZNAM PŘÍLOH	85

ÚVOD

Komunikace je významnou součástí moderního ošetrovatelství. Sestra prostřednictvím komunikace získává od pacienta informace, informuje pacienta, ovlivňuje, motivuje, povzbuzuje ho...

Neverbální projev hraje významnou úlohu při komunikaci. První dojem, který pacient může získat ze všeobecné sestry, závisí hlavně na zvládnutí neverbálního projevu všeobecné sestry, tedy její postojem těla, gesty, mimikou, dotekem. Úlohou sestry je umět nejen neverbální signály vysílat, ale také přijímat a hlavně porozumět jim. Umožňuje jí to lépe pochopit pacienta a jeho potřeby. Sestry bohužel nemají vždy čas při své práci komunikovat, nebo dokonce komunikovat neumí, nechťejí. A to je problém. Situace je náročnější při péči o nemocné s omezenou komunikací. Zejména u pacientů, kteří jsou napojeni na dýchací přístroj a nemohou se vyjádřit běžným způsobem. Komunikace sester s ventilovanými pacienty vyžaduje dostatek trpělivosti a empatie.

Cílem této bakalářské práce je zjistit teoretické znalosti všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace, její využití ve své profesi a jak velká pozornost ve vzdělávání sester je komunikaci věnována. Dále bych chtěla zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají při své práci v péči o nemocné na umělé plicní ventilaci (UPV).

O téma neverbální komunikace je velký zájem a oblíbenost mezi lidmi, to je jedním z důvodů, proč jsem si toto téma vybrala. Dalším důvodem je, že jsem přesvědčena o důležitosti neverbální komunikace v ošetrovatelství.

V teoretické části práce je uvedena problematika verbální a neverbální komunikace, neverbální komunikace v ošetrovatelském procesu, specifika komunikace u pacientů na UPV.

V empirické části práce se zaměřuji na zjištění, zda mají všeobecné sestry dostatečné znalosti v oblasti neverbální komunikace a jaké metody alternativní komunikace používají při péči o nemocného na dýchacím přístroji. V této části uvádím výsledky dotazníkového šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE SOCIÁLNÍ

1.1 Definice komunikace

Původ slova komunikace můžeme podle Křivohlavého najít v latinském „communem redere“. Autor dále uvádí že „netranzitivní význam tohoto slova ještě říká, že jde o slučování a spojování něčeho s něčím nebo někoho s někým“ (Křivohlavý, 1988, s. 19-20). Z tohoto vysvětlení pojmu vychází, že komunikovat znamená projevit snahu o sdílení něčeho. Pokud o něčem komunikujeme, svěřujeme se s tím někomu jinému a stává se to zároveň společným znakem, který nás spojuje s jiným člověkem nebo lidmi.

Je moc důležité, abychom komunikaci jako klíčový pojem naší práce důsledně definovali, pokud s ním chceme pracovat. Jednoznačná definice komunikace neexistuje. Různá literatura uvádí různé definice.

„Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech... Patří tedy k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována“ (Linhartová, 2007, s. 9).

„Veškeré dění uvnitř i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce je reagování lidí navzájem, probíhá neustále. Zaznamenáváme ji někdy intenzivně, jindy jen tak mimoděk. Pokud dojde k výměně informací, jde o komunikaci“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11).

Komunikace je součástí rodinného, společenského a kulturního žití. Je jakýmsi způsobem projevu, kterým se člověk ve společnosti prezentuje. Prostřednictvím komunikace člověk navazuje a udržuje kontakty, vyjadřuje své názory, pocity...

Komunikace jako proces předávání informací mezi lidmi obsahuje tyto články:

- komunikátor (ten, kdo má myšlenky, záměry, informace, důvod ke komunikaci)
- kódování (převedení komunikátorových myšlenek do systematického souboru symbolů)
- práva (výsledek kódovacího procesu)
- prostředek (nositel zprávy)
- dekódující příjemce (dekódování zprávy příjemcem na základě vlastních zkušeností a referenčního obsahu zprávy)
- zpětná vazba (reakce příjemce/ců na sdělení)
- šum (všechny možné faktory měnící záměr zprávy a její pochopení či přijetí) – fyzické, fyziologické, psychologické, sémantické (Pokorná, 2008, s. 9).

Mezilidská komunikace není pouze rokováním rozumu. Při komunikaci s lidmi sdělujeme a přijímáme cit, postoj či vztah. Komunikuje nejen rozum, ale také i vůle, druhého neoslovíme pouze obsahem, ale také i formou. Při předávání informací je třeba počítat podle Štěpánka (2005, s. 22) s tím, že: vím, čeho chci sdělením dosáhnout (Snahová složka); chci sdělit informaci a chci se dozvědět informaci (Kognitivní složka); snažím se vyvolat příznivou emocionální odezvu (Emoční složka).

1.2 Komunikační modely

Komunikační model znázorňuje strukturu i průběh procesu komunikace. Komunikační modely, s nimiž se lze setkat v odborné literatuře, prošly postupným vývojem.

Nejstarším pojetím komunikačního modelu je pojetí lineární. Vychází z komunikace, která probíhá v technických systémech. Jedná se o jednosměrný proces od mluvčího k posluchači. Mluvčí mluvil a posluchač naslouchal.

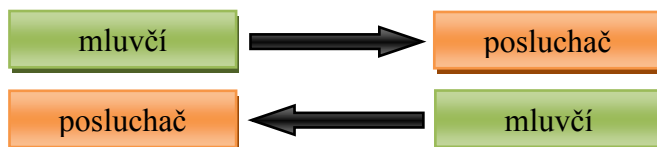
„Mluvení a naslouchání se považovaly za děje probíhající v různých časech. Když někdo mluvil, nenaslouchal, a když naslouchal, nemluvil“ (DeVito, 2001, s. 18).

Podle tohoto technického pojetí komunikace bylo i sdělování zpráv v mezilidském styku nejprve považováno za jednosměrný proces. Obrázek 1 znázorňuje lineární model komunikace (zdroj: DeVito, 2001, s. 18).



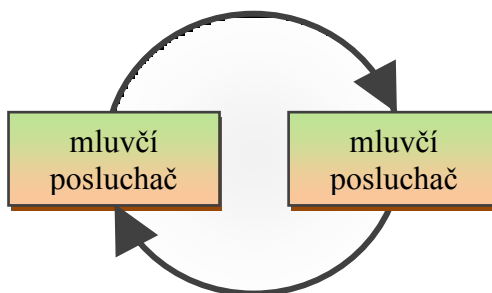
Obrázek 1 – Lineární pojetí interpersonální komunikace

Lineární model komunikace byl brzo nahrazen interakčním pojetím komunikace, viz obrázek 2 (zdroj: DeVito, 2001, s. 18). V tomto modelu je charakteristické, že komunikátor a příjemce si střídají role mluvčího a posluchače. Mluvení a naslouchání se považovala za oddělené spolu nesouvisející činitele.



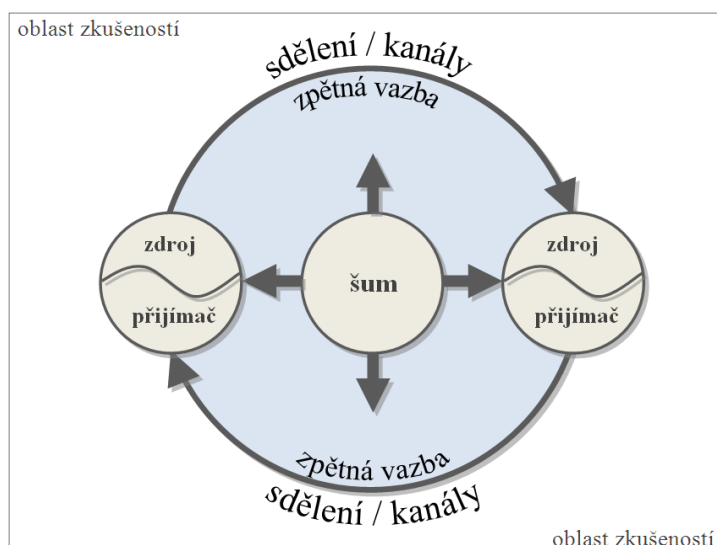
Obrázek 2 – Interakční pojetí

V současné době je komunikace popisovaná jako transakční proces, kde každá osoba v procesu funguje současně jako mluvčí i posluchač. Model transakčního pojetí je znázorněn na obrázku 3 (zdroj: DeVito, 2001, s. 19).



Obrázek 3 – Transakční pojetí

Z transakčního pojetí komunikace vychází obecně uznávaný model komunikace (obrázek 4, zdroj: DeVito, 2001, s. 20), který zahrnuje všechny základní prvky komunikace: komunikátor, příjemce, sdělení, komunikační kanál, zpětná vazba, šum.



Obrázek 4 – Základní schéma interpersonální komunikace

1.3 Druhy komunikace

V dnešní moderní době existuje mnoho způsobů, jak mezi sebou lidi komunikují. A to prostřednictvím rozhovoru, psaného textu, či dorozumívání pomocí mobilní sítě, internetu atd. Tato modernizace však nepřináší pouze kladný ohlas.

Jedním z nejzákladnějších členění komunikace je komunikace slovy – verbálně, mimoslovně – nonverbálně, činy – jak se chováme. Tyto formy komunikace nelze od sebe oddělovat, jsou totiž vzájemně propojeny, proto se zmíníme o všech pár větami.

1.3.1 Verbální komunikace

„Každý z nás se naučil vidět svět nikoli v jeho skutečné podobě, ale skrze zkreslující sklo našich slov. Prostřednictvím slov se stáváme lidskými, prostřednictvím slov se odlišujeme.“ (Ashley Montaguová)

Verbální signalizační systém představují převážně slovní signály přenášené vzduchem a přijímané sluchem.

Při verbální komunikaci se využívá jazyka, který je nejdůležitějším prostředkem odevzdávání informací v interpersonálním kontaktu. Jazyk může mít mluvenou nebo psanou podobu. Rozsah slovní zásoby závisí na věku, vzdělání, temperamentu, pohlaví komunikujících... Výběr slov a schopnost komunikovat souvisí s tématem rozhovoru, situací a vlastnostmi účastníků rozhovoru. Slova mohou zaznamenávat různé významy. Jazyk logiky popisuje skutečnost co nejpřesnějším způsobem. Jazyk poezie vnáší do světa abstraktních definic osobní postoje, emoce a nálady.

Verbální komunikace je mladší typ komunikace, vznikl na základě potřeby lidí upřesnit vyjádření informací, které měli zájem podat.

Mluvená řeč má stránku obsahovou a stránku neverbální – paralingvistickou. Paralingvistika je „studium svrchních tónů řeči, tj. toho, co jsme schopni vyposlechnout, ale co nejsme schopni zapsat z toho, co bylo řečeno – například rychlost produkce slov za minutu, nespisovné zvuky, které při řeči vydáváme, délka přestávek na různých místech v řeči, různé druhy chyb v řeči, zkomolení, přerážení atp.“ (Křivohlavý, 1988, s. 114).

1.3.2 Neverbální komunikace

„To co jste, křičí tak hlasitě, že neslyším, co říkáte.“ (Emerson)

Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Je fylogeneticky starší, zahrnuje mimoslovní projevy. Neverbální komunikace podporuje verbální a je důležitá při projevu emocí, ovlivňování postojů a vytváření dojmů.

Neverbální projevy jsou spontánní, těžce ovládatelné, většinou nezáměrné, proto jsou důvěryhodnější. Také jsou společným světovým dorozumívacím jazykem, liší se však podle národností.

Neverbální komunikace probíhá především nevědomě, dokážeme – li jí správně porozumět, stává se jedinečným zdrojem cenných informací o komunikujících. Zároveň je vizitkou, kterou se představujeme okolí.

Neverbálně sdělujeme 60 – 80 % informací.

Při neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme:

- výrazem obličeje (mimika)
- přiblížením a oddálením (proxemika)
- dotekem (haptika)
- postojem a držením těla (posturologie)
- pohyby (kinezika)
- gesty (gestika)
- pohledy, tónem řeči
- úpravou zevnějšku atp. (Křivohlavý, 1988, s. 32)

K výše uvedeným formám neverbální komunikace obvykle dochází současně, často ještě v kombinaci se slovním sdělením.

1.3.3 Komunikace činy

„Ponech svým skutkům, aby za tebe mluvily.“ (J. A. Komenský)

Tato komunikace zahrnuje veškeré lidské chování v sociální skupině. Je to vlastně komunikace, která není vyjádřena slovně nebo neverbálně. Je vyjádřena naším konáním, činem.

Komunikace činy je moc důležitá. Protože právě jak se chováme, jak konáme, to o nás mnoho napoví. Činy druhému prozrazují náš vztah k němu. „Mnozí lidé se zaměřují právě na naše činy, nejen na slova. Nejde jen o to, co děláme ve chvíli, kdy hovoříme. Jde i o to, co jsme dělali předtím, tj. jak jsme se chovali a jednali dříve, než jsme otevřeli ústa. Jde i o to, co budeme dělat, jak se budeme chovat a jednat po tom, co to či ono v rozhovoru řekneme. To vše má svůj vliv na věrohodnost naší řeči“ (Křivohlavý, 1988, s. 177).

Stará zásada má stálou platnost: Jednejme s lidmi tak, jak si přejeme, aby lidé jednali s námi.

2 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování péče, jedná se o sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku.

Ošetřovatelský proces je procesem setkávání se člověka s člověkem. A takové setkávání se bez komunikace neobejde. Setkají-li se tedy dva lidé, nemohou spolu nekomunikovat, nelze nekomunikovat. Také i to, že sestra při setkání s pacientem se dívá stranou, že pacienta ignoruje, je určitá forma sdělení (Špatenková, Králová, 2009, s. 9, 12).

S komunikací se sestra setkává ve všech fázích ošetřovatelského procesu – anamnestické, diagnostické, ve fázích plánování, realizace a hodnocení.

Podle Kristové (2009, s. 106), podobně jak při realizaci ošetřovatelského procesu tak i v komunikačním procesu sestry s pacientem, je možné hovořit o jednotlivých fázích: **posuzování úrovně komunikace** (stupeň rozvoje řeči, neverbální projevy, styl komunikace), **diagnostika komunikačních problémů** (především si sestra všímá verbální komunikační problémy u pacienta), **plánování efektivní komunikace** (cílená a zaměřená práce sestry), **realizace komunikace** (sestra především využívá metody terapeutické komunikace: aktivní naslouchání, objasňování, zaměření), **vyhodnocení komunikace** (hodnotí se nejen komunikace pacienta, ale i komunikace sestry, hodnotí se cíle a výslední kritéria).

Studie WHO zabývající se ošetřovatelskou péčí k souvislosti komunikace s ošetřovatelským procesem uvádí: „Ošetřovatelský proces je charakteristický svou otevřeností, dynamičností, tvořivostí sestry v přístupu k pacientovi, přizpůsobuje se osobitým potřebám pacienta, rodiny i společnosti, zdůrazňuje zpětnou vazbu neméně důležitou také v komunikaci“ (Lemon 2, 1995, s. 58).

2.1 Komunikace všeobecné sestry s pacientem

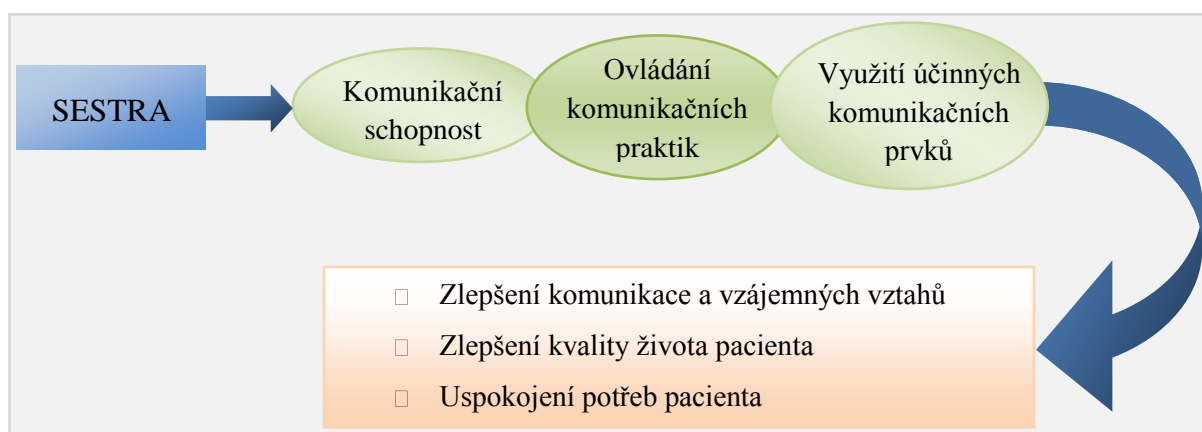
Ve zdravotnickém zařízení jsou v komunikaci daleko více přítomny emoce a pocity (strach, lítost, zoufalství, radost...). Mohou vstoupit mezi to, co se říká a obrátit efektivní v neefektivní.

„Komunikace je součástí moderního ošetřovatelství a zvyšuje či snižuje v očích pacienta vnímání kvality poskytnuté starostlivosti a tím i celkovou úroveň zdravotnictva jako oboru“ (Bednářová, 2010, s. 25).

Komunikace mezi sestrou a pacientem je nevyhnutná, nezvratná a neopakovatelná. Nevyhnutná znamená, že komunikační proces probíhá neustále, permanentně. Nezvratnost komunikace představuje to, že sestra nemůže vyslovené slova a neverbální signály vzít zpátky. Neopakovatelnost poukazuje na to, že žádná komunikace není stejná, neopakuje se, protože neprobíhá ve stejném prostředí, čase...

Sestry jsou pacientovi bezprostředně nejbližší, proto se v současnosti soustředí pozornost na to, aby sestry byly schopné adekvátně, profesionálně komunikovat. Podle Venglářové, Mahrové (2006, s. 13) je důležité uvědomit si pravidla efektivní komunikace: je důležité, aby byla komunikace pro pacienta srozumitelná, také je nutné, aby byli z obou stran poskytovány rozhodující informace. Nesmíme zapomenout na důstojnost pacienta a na jeho právo ptát se a vyjádřit svůj názor.

Profesionální komunikace sestry je náročná schopnost, souvisí s těmito skutečnostmi: pochopení procesu a struktury komunikace, osvojení a uplatňování komunikačních zručností, rozvíjení vlastního způsobu vyjadřování a komunikování, pochopení komunikačních principů, využití elementárních zásad slušného chování a účinné komunikace (Kristová, 2009, s. 77).



Obrázek 5 – Efektivita komunikace

Můžeme rozlišit tři modely profesionální komunikace podle Kristové (2009, s. 88, 89):

- 1. sociální** model komunikace – není dopředu naplánovaný, probíhá víceméně spontánně. Tento model je důležitý, protože pacienti na lůžkových odděleních jsou do jisté míry omezeni v oblasti navazování sociálních kontaktů ve všeobecnosti;
- 2. specifický** (strukturovaný) model komunikace – má vpřed stanovené cíle a obsah, je důležité, aby sestra hovořila srozumitelně, zvolila přijatelnou formu a taktéž se zaměřila na to, či pacient porozuměl. Tato forma komunikace je problematická u pacientů se sníženou schopností komunikace. Jedná se o poskytování informací, které souvisí se zdravotním stavem pacienta;

3. terapeutický model komunikace – sestra poskytuje oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování.

2.2 Verbální komunikace v ošetrovatelském procesu

V profesionálním postavení sestry má významné místo schopnost navazovat a udržovat s pacientem slovní kontakt. Slova představují značnou část sociální komunikace. Mají velkou sílu a informační hodnotu ve vztahu sestra – pacient. V kontaktu s pacientem mají zcela jiný význam jak u laiků. Prostřednictvím slov vysvětlujeme, získáváme, podáváme informace ohledně účelnosti odborných postupů v zájmu jeho zdraví. Sestra musí se slovy zacházet opatrně, uvědoměle a cílevědomě, vyřčené již nejde vzít zpátky. Slova sice mají velkou výchovnou a ovlivňující moc, ale na druhé straně, také mohou pacienta ranit. Sestra může pacientovi nevhodným slovem značně uškodit. Citlivé, uvážlivé využívání slova může v pacientovi vzbudit důvěru.

Komunikace znamená mimo sdělování zároveň i sdílení. Právě v profesi všeobecné sestry je důležité být tím, kdo pacientovi naslouchá. Je důležité informaci předat, ale zároveň jí i přijmout, porozumět pacientovi a snahou pochopit ho. Naslouchání je aktivní složkou rozhovoru.

Nasloucháme třemi základními způsoby:

1. ušima – slyšíme slova a uvědomujeme si jejich význam, slyšíme tón řeči, její rychlost i pomlky, pauzy
2. očima – vidíme výraz obličeje, pohled hovořícího, jeho postoj a pohyby
3. srdcem – jedná se o schopnost zapojit emoce (volně podle: Křivohlavý, 1993, s. 23 - 30).

V tomto přístupu můžeme vidět „na tváři lehký smích, hluboký v srdci žal“ – jak bylo řečeno od B. Němcové. „V pozadí žertování můžeme slyšet hluboký smutek a pláč“ (Křivohlavý, 1993, s. 31).

„Cílem naslouchání je doslova stát se jedním velkým uchem – vnímat hovořícího všemi smysly a chápat ho jako celek“ (Wilfried Weber).

Sestra by se měla snažit naslouchat a podpořit pacienta v jeho projevu, aby pacient nemluvil do prázdna. Ale aby byl vyslyšen a podpořen. Aby sestra byla schopná pacienta podpořit v jeho projevu, měla by ovládat tyto techniky: rezonance, reflexe, sumarizace, povzbuzování, empatie, mlčení (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 26, 27). Rezonance představuje to, že pacientovi zopakujeme jeho slova. Pacient tak má pocit, že ho sestra vnímá

a že rozumí tomu, co pacient říká. Za pomoci reflexe je možné blíže pochopit vyjádření myšlenku pacienta. Dává možnost tedy pacienta uklidnit. Sumarizací se rozumí to, že z obsahu širokého spektra informací vybereme to, co je podstatné. Povzbuzováním sestra podporuje pacienta déle v komunikaci. Empatií rozumíme vcítění se do situace pacienta, což je projevem hlubokého, lidského zájmu sestry. Mlčení má také mnoho významů. Sestra by měla rozeznat, o jaký druh ticha se jedná.

2.2.1 Rozhovor sestry s pacientem

Rozhovor je základem verbální komunikace. Zručná sestra by měla ovládat teorii struktury rozhovoru, ale také i účinně aplikovat v praxi. Podle Kristové (2009, s. 57) se rozhovor skládá ze součástí, které na sebe časově navazují: 1. Přípravná a plánovací fáze; 2. Otevření; 3. Průběh (jádro); 4. Ukončení; 5. Záznam.

V přípravné a plánovací fázi rozhovoru sestra si pokládá otázky: s kým, proč, co, jak, kdy a kde? Fáze otevření pozůstává z navázání kontaktu a načrtnutí tématu rozhovoru. Jádro rozhovoru je nejdelší fáze. Tady je prostor také k dotazům pacienta. Základními komponenty v jádře rozhovoru jsou zásady realizace rozhovoru, otázky, odpovědi, aktivní naslouchání a využití ticha. Sestra by měla ukončit rozhovor pozvolna. Záznam rozhovoru sestra provádí jen ve výjimečných případech, třeba při zjišťování anamnestických údajů.

Ve vztahu sestra – pacient je důležité, aby se během rozhovoru vytvořila příznivá atmosféra vzájemné důvěry. První dojem hodně ovlivní průběh a výsledek. Sestra by měla vytvořit psychologicky příjemnou atmosféru verbálním i neverbálním projevem.

V ošetrovatelském procesu se setkáváme s terapeutickým, informačním a edukačním rozhovorem. V rozhovoru sestra – pacient mají rovnocenná místa.

Terapeutický rozhovor je charakterizován tím, že je zaměřen na pocity pacienta, sestra by se měla zaměřit ale nejen na verbální prvky, ale samozřejmě i na prvky neverbální komunikace. V žádném případě by sestra neměla hodnotit city a pocity pacienta, měla by je akceptovat. Tím si u pacienta buduje důvěru, pacient je pak ochoten víc komunikovat, otevře se. V terapeutickém rozhovoru má tedy nezastupitelné místo naslouchání. Při **edukačním rozhovoru** se jedná o poučení pacienta, avšak nejde jen o předání informace, ale i o poskytování příkladů, v případě potřeby zopakovat informaci. Sestra by měla mít trpělivost a snažit se pacienta podporovat. Důležité je ujistit se, zda pacient porozuměl, takže je na místě kladení otázek. Sestra by měla k pacientovi přistupovat empaticky a motivovat jej v každém

případě, podporovat. K edukačnímu rozhovoru zároveň patří ověřování porozumění informací za pomoci otázek pacientovi. **Informační rozhovor** s pacientem představuje sdělování informací. Tento rozhovor by měl být stručný, jasný a srozumitelný. Nezapomínat však na citlivý přístup. Také je důležité, aby sestra věděla, kde a kdy rozhovor vést (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 30 – 31).

Efektivní komunikace sestry s pacientem je komunikace, která celkově zlepší atmosféru na pracovišti, posílí důvěru pacienta v sestru, pomůže mu cítit se lépe a ušetří sestřím čas a práci. Pacient se musí dozvědět to, co potřebuje a musí vědět, rozumět a věřit sdělení sestry. Oba by se měli cítit z komunikace spokojeni. Pacient by měl dostat odpověď na své otázky, vyřčené i nevyřčené.

Sestry by si měly osvojit zručnosti ucelené sociální komunikace, která je nedělitelnou součástí procesu zaměřeného na podporu, udržování a prevenci zdraví.

2.3 Neverbální komunikace v ošetrovatelském procesu

Ve zdravotnictví je neverbální komunikace jednou z důležitých informací o pacientovi. Prostřednictvím neverbální komunikace můžeme zjistit postoje, city, prosby pacienta. Sdělujeme emoce, naznačujeme zájem, vytváříme dojem o tom, kdo jsme, ovlivňujeme postoj komunikačního partnera, řídíme chod vzájemného styku. „Neverbální komunikace může někdy zcela nahradit komunikaci verbální, obvykle ale verbální komunikaci doprovází. Neverbální komunikace tedy ilustruje verbální sdělení, podtrhuje je, zesiluje jeho účinek, popřípadě je i reguluje“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 29). Neverbální komunikace tedy pomáhá kontrolovat verbální sdělení, neustále totižto sledujeme očima, zda všechno probíhá tak jak má.

Americký profesor psychologie Albert Mehrabian na základě experimentů formuloval myšlenku relativní důležitosti verbálních a neverbálních zpráv. Mehrabian přišel na to, že 7 % „verbal liking“ (informací, které získáváme o druhém člověku a jeho sympatiích k něčemu nebo někomu, nám poskytují slova). Dalších 38 % „vokal liking“ (informací získáváme z tonu nebo zabarvení hlasu). Zbývajících 55 % „facial liking“ informací poskytuje řeč obličeje. Jedná se však o rovnici, která byla odvozena od experimentů, které se zabývaly komunikací postojů a pocitů. Pokud osoba nevyjadřuje svoje pocity a postoje, tato rovnice není aplikovatelná (Mehrabian, 1971).

Ve zdravotnictví jsou projevy neverbální komunikace velmi významné. Pozorování a interpretace neverbálních projevů pacienta patří k základním schopnostem sestry. Neverbální projevy sestry jsou pod ustavičným pátravým pohledem pacienta. Proto je nevyhnutné, aby si sestry uvědomovaly své počínání a naučily se zprostředkovat pacientovi své porozumění, ohled a akceptování.

Neverbální komunikace je ve vztahu sestra – pacient ve více ohledech specifická. Už jenom z toho důvodu, že se odehrává v jedinečných podmínkách. Některé zásady správné komunikace nejde vždy dodržet. Podat ruku zraněnému člověku je mnohdy obtížné, gesta nemocného mohou být často zkreslená, poloha vleže je v mezilidské komunikaci mimo intimní sféru prakticky nevídaná. Pacienti se nacházejí v náročné životní situaci, sestry jim při ošetřování vstupují do zóny, kam pouští jen ty nejbližší (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 40).

Z toho důvodu je významnou a nesmírně důležitou dovedností sestry vyznat se v neverbálním projevu pacienta a umět pracovat se svými neverbálními projevy. Protože i pacienti velmi pečlivě vnímají neverbální komunikaci sestry. Mnohem více si všímají u sestry toho, co sestra dělá a jak se chová, než toho, co říká. Například, když sestra řekne pacientovi: „Ráda bych si s vámi popovídala“, no přitom se neustále dívá na hodinky na ruce, její chování je v protikladu s tím, co řekla. Pacient spíše uvěří neverbálním projevům sestry, které naznačují, že je zaneprázdněná, že nemá čas.

2.3.1 Součástí neverbální komunikace v ošetrovatelském procesu

Neverbální komunikace obsahuje komponenty v závislosti od jednotlivých částí těla, které zaujímají určitou polohu nebo vykonávají nějaký pohyb. Podle Pokorné (2008, s. 17 – 18) mezi složky neverbální komunikace patří:

Vizika – představuje řeč očí. Oči jsou nejcitlivější receptor – přijímač – informací. Člověk zrakem vnímá až 87 % všech informací. Řeč pohledů je při prvním setkání sestry s pacientem nejvíce rozhodujícím neverbálním projevem. Oči nevyjadřují jen to, jak se člověk cítí, jakou má náladu, vnitřní pocity, ale signalizují i přítomnost bolesti, strachu a úzkosti. Pohledem lze někdy vyjádřit mnohem více než slovy. Některé pohledy mohou být vnímány jako příjemné, jiné zase jako nepříjemné. Oči mluví prostřednictvím zaměření pohledu, dobou výdrže (trvání pohledu závisí na vzájemném vztahu mezi sestrou a pacientem, u vztahu pozitivního jsou pohledy delší a zrakový kontakt intenzivnější), četností a sledem pohledů. Dále také počtem mrknutí (při nervozitě, nejistotě je mrkání častější, až dvacetinásobně

častěji, nežli je člověk klidný), rozšiřováním zornic (zornice se stahují ve vzteku, rozšířené zornice vyjadřují zájem, je to však individuální), vráskami u kořene nosu, pohybem očí do stran. První oční kontakt sestry s pacientem naznačí mnoho, může vzbudit důvěru pacienta v sestru, pokud pacient vidí, že má sestra o něj zájem. Sestra v očích pacienta může vyčíst projevy únavy, radosti, starosti, deprese.

Mimika – je komunikace prostřednictvím svalů obličeje. Jedná se o pohyby tváře, především očí, úst a nosu. Ve výrazu tváře se odráží emoční prožívání. Za nejvýraznější neverbální projevy považujeme smích a pláč. Jsou nejen výrazem emocionálního vztahu, mají také symbolický ráz a komunikační charakter (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 42). Výrazem tváře vyjadřujeme strach a jistotu, radost a smutek, štěstí a neštěstí, pokoj a zlost, zájem a nezájem, překvapení a rozčilení, spokojenost a nespokojenost. Prostřednictvím mimiky se vyjadřují také i kulturní projevy (zdvořilostní úsměv) a tzv. instrumentální pohyby (výraz obličeje při kýchnutí, zívání) (Kristová, 2009, s. 28, 29). Úsměv sestry může výrazně ovlivnit celkovou atmosféru. Zkušená sestra by měla umět číst z výrazu obličeje pacienta, měla by také rozeznat výrazy obličeje typické pro některá onemocnění, jako jsou některé psychiatrické nemoci (deprese, schizofrenie), dále také stavy s poškozením CNS (Parkinsonova nemoc, poruchy vědomí), pro které je charakteristické, že jsou hypomimické. A dále pak stavy spojené s nadměrnou expresí či mimovolnými pohyby mimických svalů (tiky, apalický syndrom, dětská mozková obrna apod.) (Pokorná, 2008, s. 21). S mimikou je spojená i diagnostika bolesti u dětských pacientů na základě Wonk Bakerovy škály. Ze seřazených výrazů obličeje dítě vybírá tu tvář, která odpovídá stupni jeho bolesti. Výsledky testu poukazují na úspěšnost podané analgetické léčby.

U pacienta by si měly sestry všimnout především horní části obličeje (oblast čela a obočí), tato část obličeje sděluje těžké subjektivní stavy.

Je nutné, aby sestry dávaly pozor na svůj výraz tváře, co jim zprostředkovávají pacientům. Měly by se naučit v určitých situacích ovládat své citové reakce, hlavně strach či nevěru. Úsměv je nejlevnější lék, lze jím rychle navázat kontakt.

Gestika – je součástí kinetiky, což je nauka o pohybové činnosti člověka. V neverbální komunikaci mají gesta neopominutelný význam, mohou zcela nahradit verbální sdělení, nebo mohou verbální sdělení zesílit. Ruce jsou výrazově bohaté stejně jako obličej. Mohou zprostředkovat emoce v každém okamihu. Pro lidi s komunikačními poruchami, jsou ruky nedocenitelné, zejména pro sluchově postižené pacienty nebo pacienty s poruchou řeči. Při komunikaci prostřednictvím horních končetin se rozlišují tyto formy gest podle DeVita (2001, s. 126): symboly, ilustrátory, regulátory, adaptéry, afektivní projevy.

– **Symboly** jsou gesta, která jsou všeobecně známá. Pohyby horních končetin zcela nahrazují slova. Příkladem je OK, ťuknutí na čelo nebo palec nahoru, které představují výraz „mám to“.

– **Ilustrátory** jsou gesta doprovodná. Doplňují slovní projev a důraz jednotlivým slovům. Například pacient opisuje sestře bolest a zároveň ukazuje na místo, kde ho to bolí.

– **Regulátory** jsou signály, které monitorují, kontrolují, koordinují nebo udržují řeč druhého. Například když sestra přikývne, dává tak pacientovi najevo, aby v komunikaci pokračoval. Anebo když se pacient předkloní a otevře ústa, naznačuje tím, že chce něco říct on. Každá sestra by se měla naučit takové signály přijímat, ale samozřejmě je i ovládat ze své strany.

– **Adaptéry** jsou gesta nevědomé. Vyjadřují rozpaky, které chceme zakrýt. Chápu se i jako uvolňovače napětí, tzv. autokontakty (poškrabání se za uchem, mnutí rukou apod.).

– **Afektivní projevy** jsou mimické projevy (úsměv, zamračení), ale také i gestikulace rukou nebo pohyby celého těla. Mají emocionální význam. Sestra může pozorovat tiky, třes, nekoordinované pohyby u pacienta, které mohou být signálem závažného onemocnění. Sestra by neměla zapomínat na kulturní odlišnost gest a zároveň na to, že ve stavu nemoci může člověk reagovat individuálně, nepředvídatelně (Venglářová, Mahrová, 2009, s. 48).

Haptika – je vnímání tlaku, chladu, tepla, chvění, bolesti prostřednictvím receptorů uložených v kůži. Zabývá se tím, jak se sebe navzájem lidé dotýkají. „Dotyková komunikace si vyžaduje od sestry schopnost empatie a pozitivní dotykové kultury. Při její absenci by měl pacient dojem chladu, nezainteresovanosti, lhostejnosti či mechanického přístupu“ (Kristová, 2009, s. 40). K prvnímu kontaktu sestry s pacientem patří podání ruky, pokud je to možné a na místě. Doporučuje se suchá ruka, střední stisk a přiměřená délka stisku. Podání ruky je projevem zdvořilosti, vyjadřuje také postoj k člověku, kterému je podání ruky adresováno. V práci všeobecné sestry jsou dotečky specifické, které nemusí být chápány vždy. Důležité je zapojit všechny druhy komunikace, sdělit pacientům, co mají sestry v úmyslu s nimi dělat. Sestry by si měly dávat pozor na dotyky, které považují za čisto profesionální, pro pacienta mohou být zdrojem nepříjemných pocitů. I nahota může být pro pacienta něčím, co ho uvede do neklidu. „Je velkým prohřeškem myslet si, že když se sestra setkává s nahotou každý den, může být povznesená a otupělá. Náš pacient ji bude vždy prožívat intenzivně (on se denně před cizími lidmi nesvléká a nevystavuje se dotykům)“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 44).

Schopnost dotýkat se vytváří mezi lidmi pouta, ve zdravotnickém prostředí stimuluje pacienty k lepší spolupráci a důvěře.

Chronemika – je charakterizována způsobem, jak sestra užívá a strukturuje čas. Sestry by měly být schopné efektivně využívat čas za účelem zlepšení vztahu s pacientem (Pokorná, 2008, s. 26).

Proxemika – je vzdálenost mezi lidmi, kteří spolu něco dělají nebo spolu jednají. Prostorová vzdálenost se chápe na dvou úrovních: horizontální a vertikální. Horizontální rovina je vzdálenost mezi komunikujícími přiblížením nebo odtážením. Odtážením sestry od pacienta, sestra vyjadřuje nezájem o pacienta, je ji lhostejný. Přiblížením sestra projevuje zájem, nebo může vyjádřit i nesouhlas s počínáním pacienta. Vertikální rovina je výšková úroveň ve vztahu k jinému člověku. Jedná se o výšku očí komunikujících. Poloha „nad“ působí dominantně, poloha „pod“ vyjadřuje submisivní postavení (Kristová, 2009, s. 25). Teritorium jedince je prostor, který považuje za svůj a dělá si na něj určitý nárok.

Rozlišujeme čtyři proxemické zóny podle Pokorné (2008, s. 28): intimní zóna 0 – 30/45 cm, osobní zóna 30/45 – 75/120 cm, společenská zóna 75/120 cm do 210/370 cm, veřejná zóna s větším odstupem než 370 cm.

Sestra při realizaci ošetrovatelských úkonů často vstupuje do **intimní zóny** pacienta, proto je potřebné, aby včas pacienta informovala o důvodu, průběhu, čase a místě výkonu, délce trvání výkonu, o spolupráci během výkonu. Když sestra vstoupí bez informovanosti do intimní zóny pacienta, může u pacienta očekávat hněv, zlost, odmítání, napětí. Pacient nespolupracuje. **Osobní zóna** je ideální při rozhovoru sestry s pacientem z důvodu, že sestra vidí dobře obličej pacienta, lehko se udržuje zrakový kontakt s pacientem, oba se dobře vzájemně slyší, v této zóně je možnost uplatnit haptický kontakt v případě potřeby (např. chytit pacienta za ruku, pohladit ho). Ve **společenské zóně** sestra komunikuje najednou s více pacienty, řeší se spíše neosobní věci. Není možná komunikace dotykem. Pokud sestra komunikuje s pacientem o osobních věcech v této zóně, pacient to vnímá jako sociální odstup. Ke ztrátě osobního kontaktu sestry s pacientem dochází ve **veřejné zóně**. Pro vzájemné porozumění by museli zvýšit hlas a zvýraznit neverbální signály. Tato zóna je využitelná při různých veřejných shromážděních (Kristová, 2009, s. 26, 27).

Každý pacient má různé požadavky na prostor kolem svého těla. Jestliže mu někdo do toho prostoru vstoupí, cítí se nepříjemně, ohroženě a ustupuje dozadu. Sestry by měly vědět odhadnout, u kterých pacientů si mohou dovolit větší nebo bližší vzdálenost. Úzkostní pacienti potřebují větší vzdálenost, aby se cítili bezpečně. Naopak pacienti trpící bolestí

mohou potřebovat, aby jim byla sestra blíže, nebo se jich dotýkala, aby cítili podporu (Špatenková, Králová, 2009, s. 31).

Posturologie – je řeč pomocí fyzických postojů (držení těla, napětí či uvolnění, naklonění, poloha všech částí těla jako celku, chůze apod.). Jsou tři základní polohy – vestoje, vsedě, vleže. Pro vzájemnou komunikaci je nezbytná rovnocenná poloha obou komunikujících vsedě. V praxi všeobecné sestry je situace specifická, z toho důvodu, že pacient leží a sestry stojí. Slova dopadají svrchu, postavení pacienta je v nevýhodě, může se cítit poníženo. Pokud je to ale nevyhnutné z pracovního hlediska, komunikace by měla být zaměřena pouze na to, co se při výkonu děje. Když je možnost, může sestra zmírnit nerovnost tím, že si k posteli pacienta sedne. Polohy končetin, hlavy, naklonění těla také patří do posturologie. Zkřížení končetin je známe jako barikáda, obrana. Naklonění těla směrem k posluchači, představuje zájem. Naopak záklon poukazuje na nezájem (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 46).

Úprava zevnějšku – specifická forma neverbální komunikace, můžeme zde zahrnout úpravu zevnějšku jednotlivce a zároveň úpravu zevnějšku prostředí. Upravenost všeobecné sestry by měla být samozřejmá. Pozitivně působí nejen na ní samotnou, ale ovlivňuje i postoj, chování i konání pacienta ve vztahu k ní, vyvolává dlouhodobý dojem. Pacient, i když neví jméno sestry, dokáže ji popsat podle určitého znaku, např. ta s tím úsměvem, brýlemi, řetízkem s přívěškem. „Sesterská uniforma je symbolem jisté pozice, role, a tedy i kompetence v určité situaci (tím, že ji máte, sdělujete ostatním, že vykonáváte nebo jste připraveni vykonávat ošetrovatelskou péči)“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 29). Oblečení sestry, upravenost, líčení i účes odráží osobnost sestry a aktuální emocionální stav, který má vliv první dojem a komunikaci. Upravená sestra prezentuje nejen sebe, ale i pracoviště, na kterém pracuje.

Každá sestra by měla přispět k tomu, aby se zkrášlilo a zdomácnilo její pracoviště. Může ovlivnit jak atmosféru, tak vůni prostředí. Neměla by zapomínat na to, že pacient vnímá všemi smysly.

V neposlední řadě by sestra neměla zapomínat na úpravu zevnějšku pacienta. K osobní pohodě pacientů přispívá ve velké míře osobní čistota, upravená postel, alespoň minimální soukromí, čerstvý vzduch. „Tím, že se o sebe pacient nestará, nám také chce něco sdělit. Můžeme se rozčilovat nebo komunikovat. A tady je velký prostor pro naše schopnosti, empatii, lidskost a komunikační dovednosti“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 50).

Paralingvistika – je přechodem neverbálního sdělování ke slovním způsobům sdělování. Jedná se o svrchní tóny mluvení. „Osoby v pomáhajících profesích by si měly

uvědomit, že správné využívání paralingvistických prvků uplatněných v projevu významně ovlivňuje vztahy v interpersonální komunikaci a tím i compliance jedince s nímž pracují“ (Pokorná, 2008, s. 30). Mezi paralingvistické aspekty patří: přízvuk a slovosled, rychlost, hlasitost, rytmus a plynulost řeči. Patří sem také i vokalizace – zvuky, které vydává člověk, když pláče, šeptá, řihá, zívá nebo ječí. Změnami těchto hlasových projevů může pacient něco sdělovat. Například když mluví rychle, sděluje něco jiného, než když mluví pomalu. I když slova budou stejná, při změně rychlosti (hlasitosti, rytmu řeči nebo výšky tónu) se změní i významy, které bude sestra vnímat.

„Řeč tělem“ pohyby, gesta, mimika, „řeč konání“, „řeč lásky“, to, co lidé chtějí, oč mají zájem, co mají rádi, je často neúmyslná informace. Proto je důležité, aby si sestry uvědomovaly tuto skutečnost a naučily se porozumět neverbálním informacím. Na základě toho by měly vědět identifikovat nevyslovené projevy pacientů a těch poznatků využít ve své práci a praxi.

Všeobecná sestra se musí snažit porozumět pacientovi i v situacích, které jsou pro ní naprosto běžné, avšak pacient se v nich může cítit nepohodlně a nepříjemně. Sestra nesmí dát najevo, že pacientovo chování je nějakým způsobem nepřiměřené.

V komunikaci činem (konativní složka komunikace) je nevyhnutné, aby se sestra vyhýbala devalvací. Devalvace je projevem neúcty, snižování a ponižování v lidském kontaktu. Je nutné, aby sestra projevovala úctu a vážnost ve vzájemném styku s pacientem – nazýváno evalvace. „Konativní úroveň je stupněm nejvyšším. Slova mohou utěšit, úsměv zahřát, ale ten, kdo se se mnou rozdělil o svačinu, mi pomohl zahnat hlad. Platí to i obráceně. Slova mohou bolet, výhrůžné gesto ranit, ale křivé obvinění naruší vztahy pravděpodobně navždy“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 59).

3 SPECIFIKA KOMUNIKACE S PACIENTEM NA UPV

3.1 Definice umělé plicní ventilace

„UPV umožňuje při respirační insuficienci podporu nebo náhradu činnosti některých složek respiračního systému (plic, hrudní stěny, dýchacího svalstva), které se podílí na výměně plynů v plicích“ (Kasal, 2006, s. 20).

Umělá plicní ventilace (UPV) je tedy mechanický způsob dýchání, který napomáhá pacientovi podpořit nebo zcela nahradit spontánní dýchání za pomoci ventilátoru. Používá se ke krátkodobé a dlouhodobé podpoře pacienta s vzácnou vážnou poruchou ventilační nebo oxygenační funkce respiračního systému nebo taková porucha hrozí v závislosti na aktuálním stavu pacienta. Cílem UPV je dosažení přiměřených parametrů dýchání a oxygenace, omezení nežádoucích účinků UPV.

3.1.1 Indikace k UPV

Pro indikaci k UPV jsou spíše obecná kritéria vzhledem k tomu, že každá situace je individuální. Rozhodnutí o zahájení UPV vychází ze zhodnocení klinického stavu pacienta, základního onemocnění a zhodnocení parametrů plicní mechaniky, ventilace a oxygenace spolu se subjektivním pocitem stupně respirační tísně nemocného (Kasal, 2006, s. 121).

Mezi klinické známky, které indikují ventilační podporu, podle Zadák a kol (2007) řadíme: šok, bez perspektivy rychlé stabilizace stavu kauzální léčbou; bezvědomí s rizikem aspirace, neprůchodnosti horních cest dýchacích; akutní dechová tíseň, pacient řekne jen 2 slova a musí se nadechnout; vyčerpání pro dechovou tíseň; nepravidelné dýchání s apnoickými pauzami.

3.1.2 Typy umělé plicní ventilace

Umělá plicní ventilace je rozdělena podle způsobu zajištění dýchacích cest na **invazivní** a **neinvazivní** plicní ventilaci.

Dále z hlediska mechanismu průtoku plynů je umělá plicní ventilace rozdělena na **ventilaci pozitivním přetlakem** (využívá dechové objemy a dechové frekvence přibližující

se fyziologickým hodnotám); **ventilaci negativním přetlakem** (vyvíjení podtlaku na břišní a hrudní stěnu); **oscilační ventilaci** (využití v terapii syndromu akutní dechové tísně).

3.2 Možnosti komunikace u pacienta na UPV

Ve všeobecnosti je důležitost komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem nesporná. Co se týče pozice sestry, která komunikuje s pacientem s narušenou komunikační schopností, můžeme definovat, že právě tato komunikace je více specifická než v jiných případech. Právě sestra, která komunikuje s pacientem s narušenou komunikační schopností, by měla být obrněna velkou dávkou trpělivosti a pozorného přístupu. V první řadě by si také měla uvědomit, že i pacient má své prožívání a pocity.

Řeč je typicky lidská funkce, kterou se člověk odlišuje od ostatních živočichů. Prostřednictvím řeči může komunikovat s jinými lidmi, myslet, ovlivňovat sebe i druhých lidí kolem sebe. Když pacient nemůže normálně verbálně komunikovat, stává se to pro něj nepříjemným. Pokud není v známém, vlastním prostředí platí to dvojnásob.

Pacienti, kteří jsou napojeni na umělou plicní ventilaci, mohou být při vědomí nebo v bezvědomí. My se spíše budeme věnovat pacientům na UPV, kteří jsou při vědomí. Řečový deficit je způsoben zavedením orotracheální nebo tracheostomické kanyly do dýchacích cest a napojením na ventilátor. Zavedená kanyla zabraňuje verbální komunikaci. Pacient se může cítit frustrovaný. Proto má všeobecná sestra za úkol umožnit pacientovi, aby byl aktivní účastník komunikace. A hlavně by si sestra měla uvědomit skutečnost, že v mnohých případech slyší, rozumí, i když sám nemluví. Musí kontrolovat své chování a konání, nemluvit o pacientovi o něm bez něj. Je nutné, aby sestra vyjádřila vůli komunikovat s pacientem a hledala možnosti co nejlepšího dorozumívání.

Sestra musí výběr komunikačního systému posuzovat vždy podle individuálního stavu pacienta. Mezi způsoby komunikace se řadí verbální i neverbální komunikační systémy – alternativní a augmentativní komunikace. Komunikační metody lze kombinovat na základě druhu onemocnění a schopností pacienta.

U pacientů s umělou plicní ventilací je možné využít celou škálu komunikačních technik. Nejrozšířenější je **odezírání ze rtů**, které vyžaduje od pacienta dobrou artikulaci a velkou dávku trpělivosti od sestry i od pacienta. Je to náročnější technika, je tam možná nepřesnost ve sdělování. Podmínkou odezírání z úst je, aby pacient neměl postižené mimické svaly obličeje, hlavně kolem úst (Kapounová, 2007, s. 173). Dalším z běžně používaných

postupů na ulehčení komunikace s pacientem je **používání tužky a papíru**, verbální komunikace za pomoci písma. Sestra nesmí opomenout přihlédnout na aktuální zdravotní stav pacienta. Pacienti mohou používat i prstovou abecedu nebo znakovou řeč, pokud jí ovládá i ošetřující sestra. Také **komunikace za pomoci mimiky** patří k rozšířeným typem komunikace u pacientů na UPV. Důležité je získat pacienta pro spolupráci a dohodnout si signály pro využití v komunikaci. Jednou z mnoha možností je využívání pohybů očí. Sestra pacientovi klade jednoduché otázky, na které se dá odpovědět ano nebo ne. Když chce pacient odpovědět ano, mrkne jednou. Pokud chce vyjádřit nesouhlas, mrkne dvakrát. Záleží na předem dohodnutých pravidlech. Také se může využít i jiných mimických projevů, záleží to na šikovnosti sestry a ochotě pacienta spolupracovat. **Komunikace za pomoci gest** se dá rovněž využít. Znova to závisí na šikovnosti sestry a pacienta. Další možností je **používání abecední tabulky** nebo **tabulky s písmenky**. Použití takové tabulky je založené na tom, že pacient na magnetickou nebo plastovou tabuli ukazuje nebo skládá písmena do slov. To mu umožňuje odpovědět na otázku nebo se vyjádřit. Dále lze využít i různé **obrázky, piktogramy, komunikační karty, fotografie**. V dnešní moderní době je hodně rozšířená i **komunikace za pomoci počítače**, ale ta je více preferována u pacientů dlouhodobě nemocných v domácím ošetřování.

4 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V KOMUNIKACI

V posledních letech má problematika kvality poskytované zdravotní péče stále větší význam. Z různých průzkumů vyplývá, že pacienti jsou nespokojeni s neadekvátní komunikací mezi zdravotníkem a pacientem, v předávání nevhodných, nedostatečných či nesrozumitelných informací a s nedostatečnou organizací práce. Proto se na vzdělávání sester v oblasti komunikace kladou tak vysoké nároky.

Co se týče kvalifikačního studia, jedná se o studium, kde sestry získávají odborní způsobilost k výkonu svého povolání. V současnosti podle legislativy nestačí k výkonu zdravotnického povolání jen čtyřleté studium na střední zdravotnické škole s maturitní zkouškou. Profesní vzdělávání sester probíhá na vyšších odborných školách, vysokých školách. Sestry studují v bakalářských či magisterských studijních programech. Tím se zvyšuje úroveň povolání sestry a kvalita poskytované péče. Na vysokých školách je zároveň věnováno i více prostoru pro komunikaci.

Sestry v dnešní době mají velké množství možností se i celoživotně vzdělávat. To přispívá k růstu profesionality sestry. Patří sem různé specializační vzdělávání v nějakém oboru (např. ARIP), dále vysokoškolské postkvalifikační vzdělávání, které využívá stále více sester. Kontinuální vzdělávání sester přispívá k obnově a prohlubování odborných znalostí sester vzhledem k rozvíjení se vědeckých poznatků v ošetrovatelství. Kontinuální vzdělávání probíhá prostřednictvím různých vzdělávacích akcí, samostudiem. Existují různé profesní organizace sester. Za zmínku stojí největší profesní organizace Česká asociace sester (ČAS), která pořádá různé semináře, konference, certifikované kurzy a E-learning. Hodně objeovovaným tématem je právě komunikace. Cílem profesních organizací je zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče na základě zvyšování odborní úrovně sester. Vzdělání umožňuje sestráám přizpůsobovat se změnám ve zdravotnictví a zkvalitnit ošetrovatelskou péči.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

5.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit znalosti a zkušenosti sester ohledně neverbální komunikace v klinické praxi
Dílčí cíle:

- a.) zjistit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace s pacientem
- b.) zjistit důležitost neverbální komunikace pro pacienta z pohledu sester a zájem sester v oblasti neverbální komunikace s pacientem
- c.) zmapovat, čeho si všeobecné sestry nejvíce všímají při kontaktu s pacientem (druh neverbální komunikace)

Cíl č. 2: Zjistit znalosti všeobecných sester o neverbální komunikaci u pacientů s UPV z pohledu sester. A také zjistit, zda mají sestry zájem se o tématu neverbální komunikace s pacienty s UPV dozvědět nové informace a odkud informace získávají

Dílčí cíle:

- a.) zjistit, zda sestry pracující na vybraných odděleních (ARO, JIP, OCHRIP) mají specializační kurz zaměřen na komunikaci s pacientem s UPV
- b.) zjistit, jaké komunikační techniky jsou využívány sestrami u pacientů s UPV, kteří jsou při vědomí

5.2 Metodika práce

5.2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky a údaje potřebné k sestavení dotazníku byly získány prostudováním odborné literatury, časopisů, článků, letáků, zdrojů uvedených na internetu.

5.2.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor respondentů pro dotazník byl vybrán na základě následujících požadavků:

- a.) respondent je povoláním všeobecná sestra
- b.) respondent je zaměstnán ve zkoumané nemocnici (FN Motol Praha)
- c.) respondent pracuje na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti na UPV

5.2.3 Využitá metoda šetření

Ve výzkumné části této práce bylo využito kvantitativní metody výzkumu. Technikou sběru dat byl anonymní dotazník, určený pro všeobecné sestry. Dotazník je souborem pečlivě formulovaných otázek, vytvořených pro získání specifických údajů potřebných pro výzkumné šetření. Otázky jsem vytvořila a následně konzultovala s vedoucím práce. Při tvorbě dotazníku jsme se inspirovali dotazníkem od studentky Jéglové Lucie (Nonverbální komunikace sester s pacienty, 2011).

V dotazníku bylo použito uzavřených (dichotomických i polytomických), polouzavřených a otevřených (volných) otázek. Uzavřené otázky nabízejí soubor možných variant odpovědí, kde dichotomické nabízejí pouze dvě varianty – ano/ne. Polytomické otázky poskytují více variant odpovědi. Polouzavřené otázky jsou kombinací uzavřené a otevřené otázky. Respondent má na výběr několik možností. Pokud nevyhovuje ani jedna, svojí odpověď napíše do možnosti „jiné“. Otevřené (volné) otázky nabízejí možnost respondentovi odpovědět vlastními slovy.

Dotazník obsahoval otázky na téma neverbální komunikace a složky neverbální komunikace. Mimo jiné obsahoval dotazník údaje o věku, pohlaví, dosaženém vzdělání respondentů a oddělení, na kterém respondenti pracují.

Dotazník obsahuje 22 otázek, z toho jedna otázka (otázka č. 21) byla rozšířena o podotázku. Otázka č. 22 byla nepovinná.

Otázky lze rozdělit do čtyř okruhů:

- 1.) otázky informativní – ke zjištění demografických skutečností
- 2.) otázky zjišťující znalosti o neverbální komunikaci
- 3.) otázky zjišťující využití neverbální komunikaci v praxi
- 4.) otázky zaměřené na specifiku komunikace s pacientem na UPV

Výzkumné šetření bylo uskutečněno ve Fakultní nemocnici v Motole na třech odděleních:

- a.) ARO
- b.) JIP
- c.) OCHRIP

Kritériem pro výběr oddělení byla hospitalizace pacientů s UPV. Povolení provádět výzkumné šetření jsme získaly od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní nemocnici v Motole. Její souhlas uvádíme v příloze č. 1.

Výzkum probíhal v termínu od 5. 1. 2012 do 31. 1. 2012.

Z celkového množství 100 distribuovaných dotazníků jich bylo vráceno 90. 2 dotazníky byly znehodnoceny pro neúplné nebo špatné vyplnění. K výzkumu tak bylo použito 88 řádně vyplněných dotazníků, tzn. návratnost představuje 88 %. Množství 88 dotazníků bylo při zpracování bráno za 100 % vzorek.

5.2.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zapsána do tabulkového procesoru Microsoft Office Excel a zadané hodnoty byly zpracovány kontingenční tabulkou. Výsledky z ní vzešlé byly převedeny do jednoduchých tabulek četnosti a doplněny výpočty relativní četnosti. Vypočítaná relativní četnost pozorovaných jevů byla znázorněna grafickou úpravou. Relativní četnost udává, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Vzorec pro její výpočet: $f_i = n_i/N \cdot 100$. Nejčastěji se udává v %.

V bakalářské práci jsou použity koláčové a sloupcové grafy. K jejich vytvoření byl použit Microsoft Office Excel. Ke konstrukci tabulek byl použit také Microsoft Office Excel.

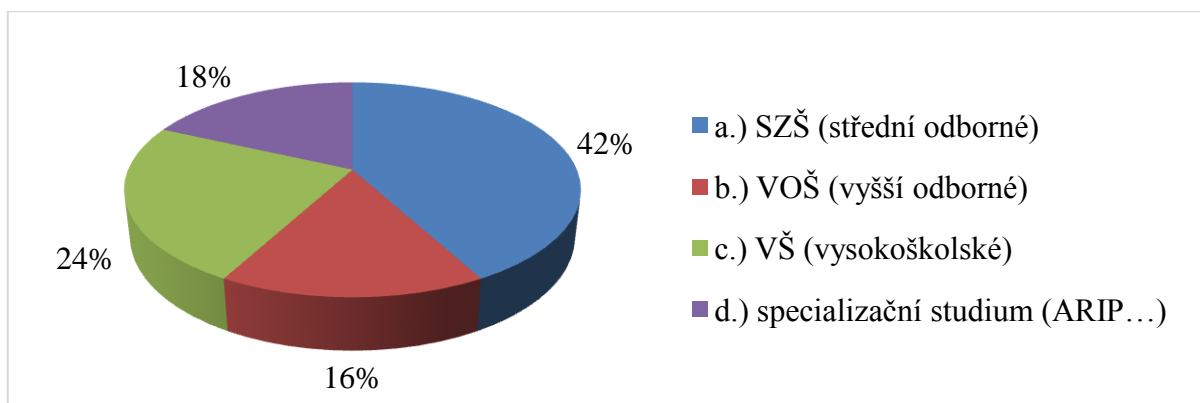
6 VÝSLEDKY

6.1 Interpretace dat

Výzkumního šetření se zúčastnilo 88 respondentů z vybraných oddělení Fakultní nemocnice v Motole. Všechna data získaná z metody dotazníkového šetření byla analyzována a zde uvádíme jejich interpretaci.

Otázka č. 1

Znění otázky: „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“



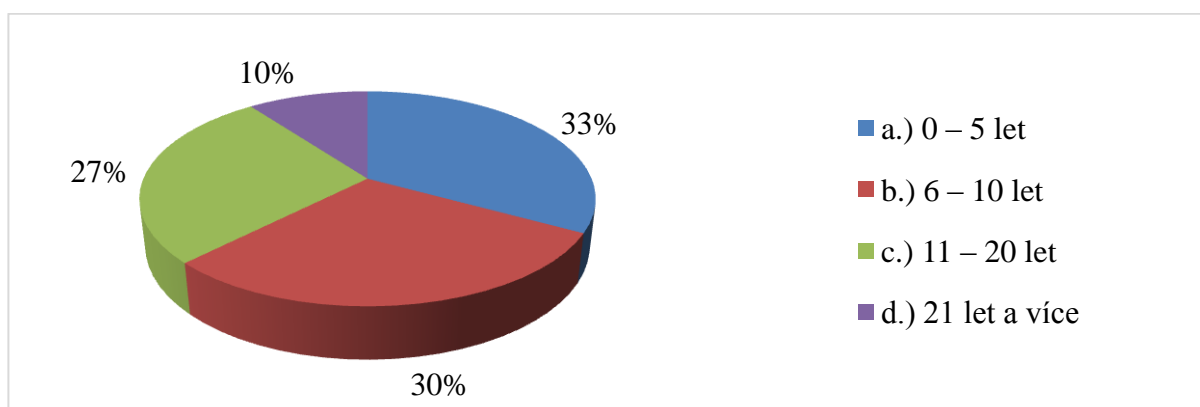
Graf 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) bylo největší zastoupení v kategorii se středním odborným vzděláním, a to u 37 respondentů (42 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo 21 respondentů (24 %), se specializačním studiem (ARIP) 16 respondentů (18 %) a 14 dotazovaných mělo vyšší odborné vzdělání (16 %).

Otázka č. 2

Znění otázky: „Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?“



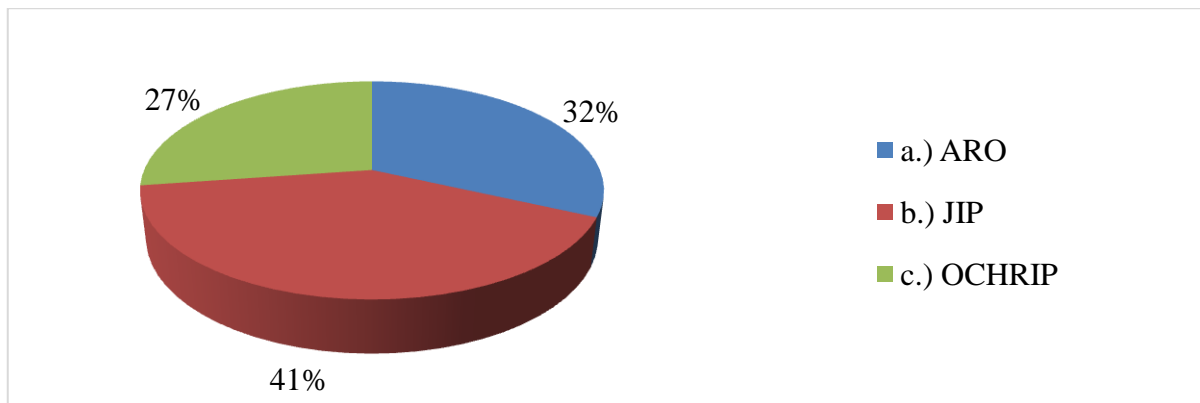
Graf 2 – Odpracované roky ve zdravotnictví

Komentář

Největší podíl, z celkového počtu 88 respondentů (100 %), tvořili respondenti v kategorii 0 – 5 let. Tuto kategorii zastupovalo 29 respondentů (33 %). 26 dotazovaných (30 %) bylo v kategorii 6 – 10 let, následuje skupina 24 respondentů (27 %) v kategorii 11 – 20 let a nejmenší skupinu tvořilo 9 dotazovaných (10 %) v kategorii 21 let a více.

Otázka č. 3

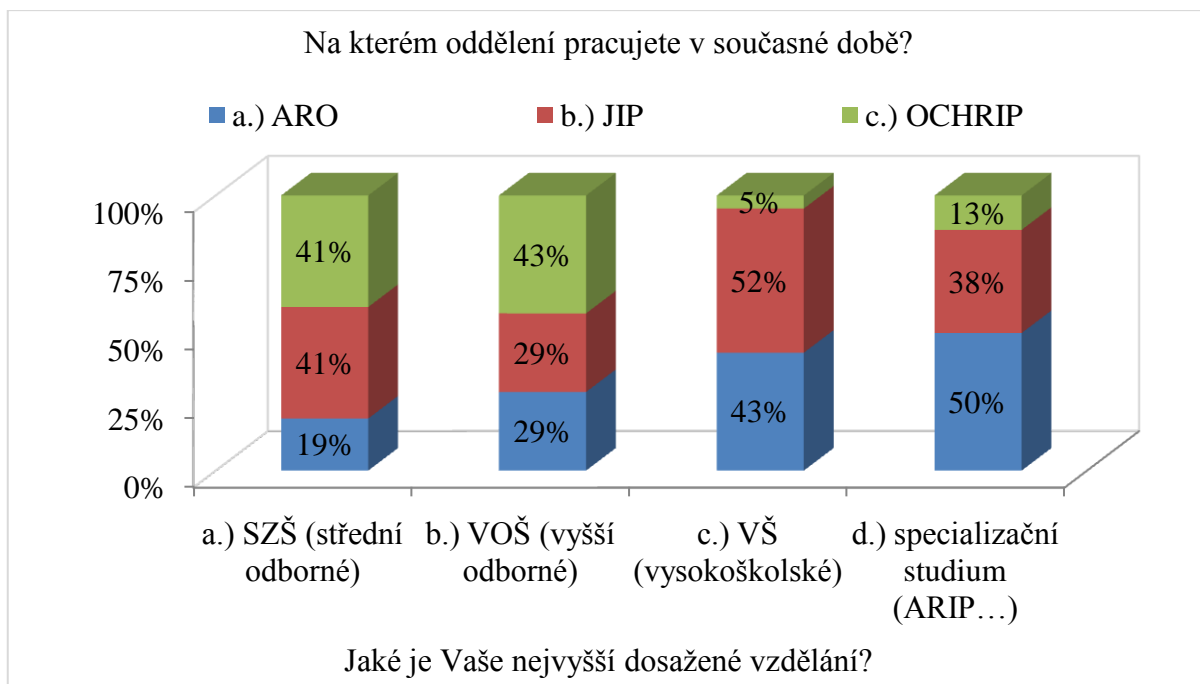
Znění otázky: „Na kterém oddělení pracujete v současné době?“



Graf 3 – Současné oddělení

Komentář

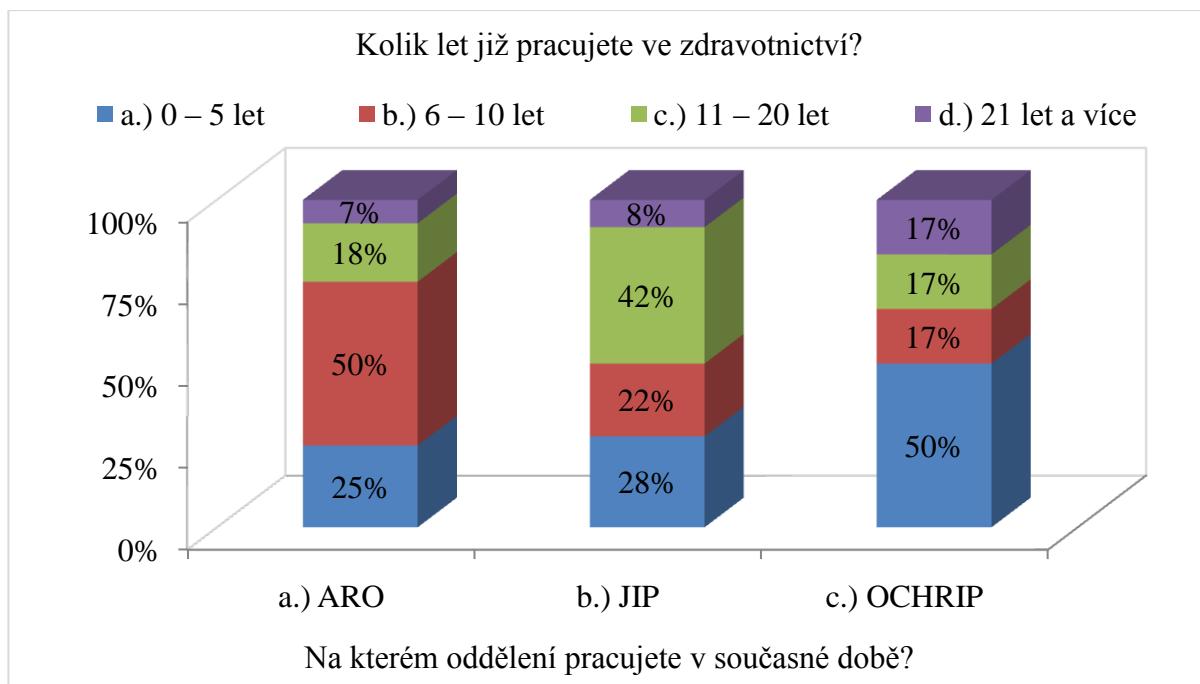
Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo 36 respondentů (41 %), že pracuje na oddělení JIP, následuje 28 dotazovaných (32 %) z oddělení ARO a 24 respondentů (27 %) z oddělení OCHRIP.



Graf 4 – Současné oddělení podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Komentář

Graf znázorňuje strukturu nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů podle oddělení, na kterém pracují. Na oddělení ARO pracuje 50 % dotazovaných se specializačním studiem (ARIP), na oddělení JIP je nadpoloviční většina (52 %) dotazovaných s vysokoškolským vzděláním. Nejpočetnější skupinou na oddělení OCHRIP tvoří respondenti s vyšším odborným vzděláním (43 %).



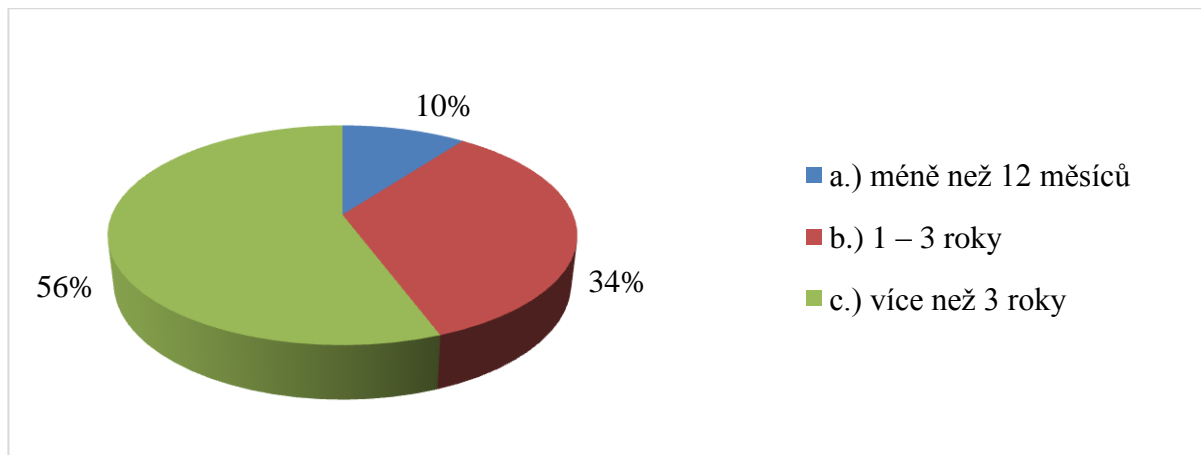
Graf 5 – Odpracované roky ve zdravotnictví podle současného oddělení

Komentář

Graf znázorňuje strukturu oddělení podle odpracovaných let ve zdravotnictví. Na oddělení ARO je nejvyšší podíl respondentů (50 %) v kategorii 6 – 10 let, na oddělení JIP je nejpočetnější skupina (42 %) v kategorii 11 – 20 let a na oddělení OCHRIP tvoří podíl 50 % kategorie 0 – 5 let.

Otázka č. 4

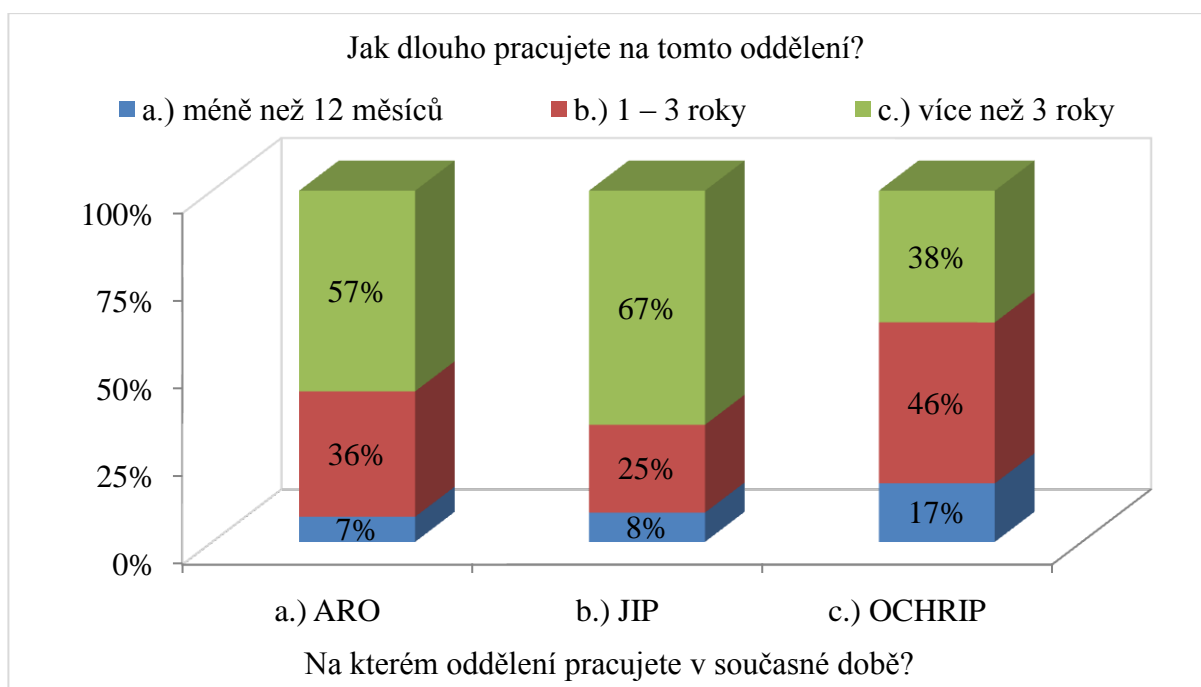
Znění otázky: „Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?“



Graf 6 – Odpracované roky na současném oddělení

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo 49 respondentů (56 %), že pracuje na oddělení více než 3 roky, 30 dotazovaných (34 %) je na pracovišti 1 – 3 roky, a poslední kategorii s méně než 12 měsíců tvoří skupina 9 respondentů (10 %).



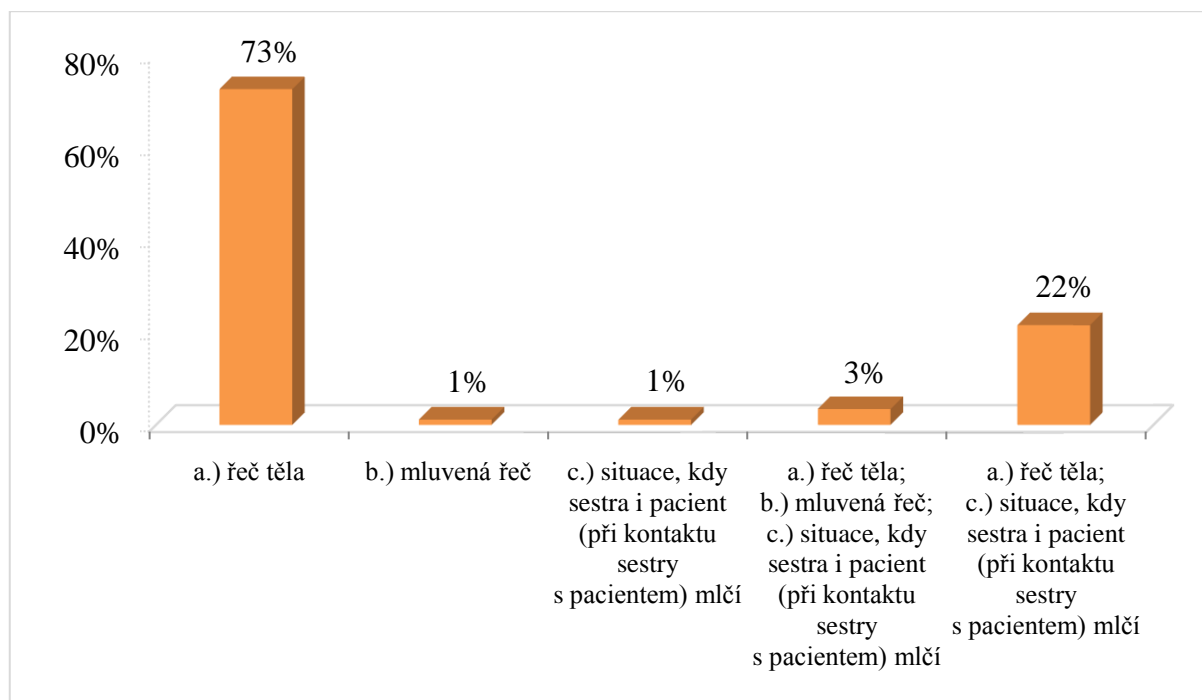
Graf 7 – Odpracované roky na současném oddělení podle pracoviště

Komentář

Graf znázorňuje, jak dlouho pracují respondenti na svém oddělení. Na oddělení ARO tvoří nejpočetnější skupinu respondentů kategorie více než 3 roky (57 %). Totéž platí i na oddělení JIP, kde tuto kategorii zastupuje 67 % dotazovaných. Na oddělení OCHRIP je největší skupinou (46 %) kategorie 1 – 3 roky.

Otázka č. 5

Znění otázky: „Co je podle Vás neverbální komunikace? (můžete označit i více odpovědí)“



Graf 8 – Co je podle Vás neverbální komunikace?

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) odpovědělo správně, tj. odpověď a.) a odpověď c.), 19 respondentů (22 %). 64 respondentů (73 %) odpovědělo, že k neverbální komunikaci patří pouze řeč těla.

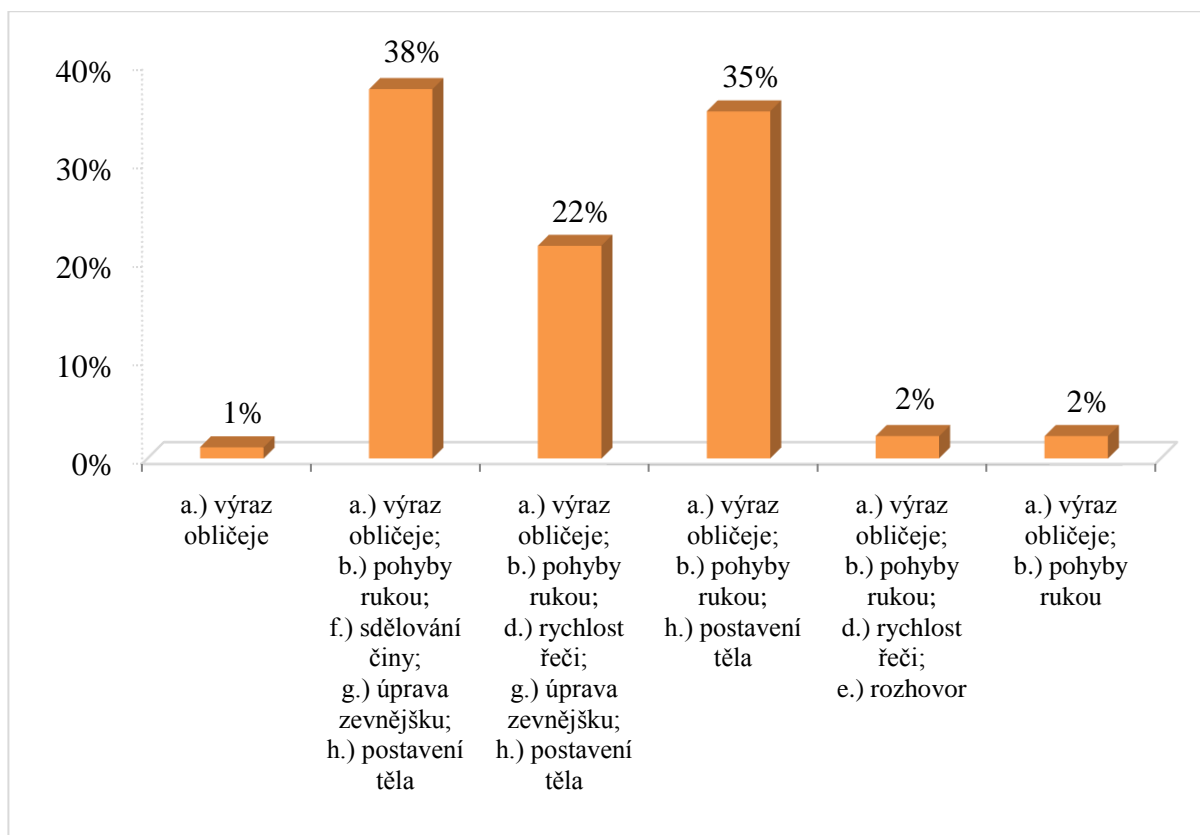
Tabulka 1 – Četnost odpovědí definice neverbální komunikace

odpověď	absolutní	relativní ↓
a.) řeč těla	86	98%
c.) situace, kdy sestra i pacient (při kontaktu sestry s pacientem) mlčí	23	26%
b.) mluvená řeč	4	5%
d.) jiné...	0	0%

Uvedená tabulka znázorňuje četnost odpovědí v dotazníkovém šetření. Z celkového počtu 88 řádně vyplněných dotazníků (100 %) byl výskyt odpovědi „a.) řeč těla“ v 86 případech (98 %) a odpověď „c.) situace, kdy sestra i pacient (při kontaktu sestry s pacientem) mlčí“ byla v 23 případech (26 %).

Otázka č. 6

Znění otázky: „Zaškrtněte složky neverbální komunikace, o kterých si myslíte, že k ní patří:“



Graf 9 – Složky neverbální komunikace

Tabulka 2 – Četnost odpovědí složek neverbální komunikace

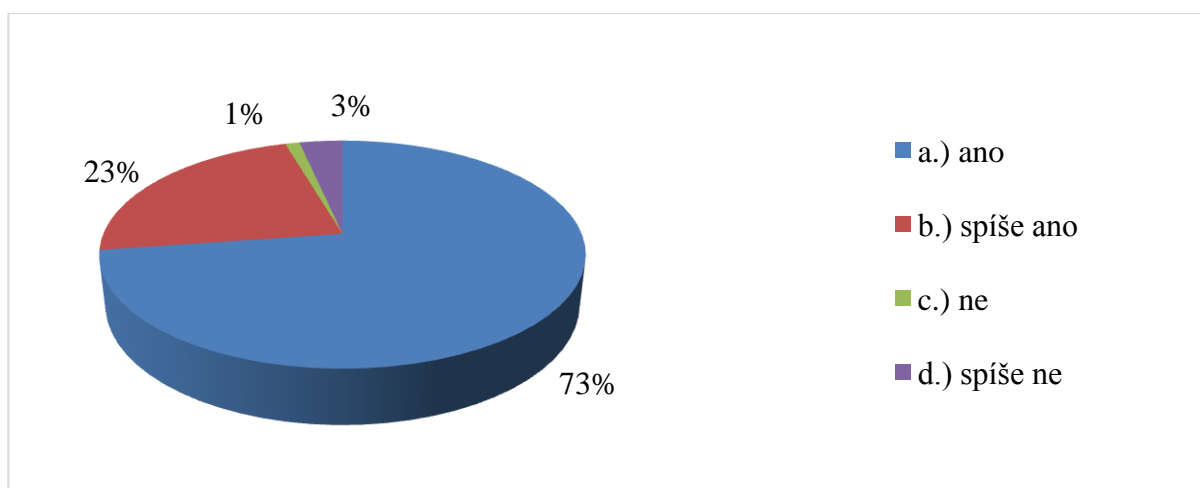
odpověď	absolutní	relativní ↓
a.) výraz obličeje	88	100%
b.) pohyby rukou	87	99%
h.) postavení těla	83	94%
g.) úprava zevnějšku	52	59%
f.) sdělování činy	33	38%
d.) rychlost řeči	21	24%
e.) rozhovor	2	2%
c.) komunikace po telefonu	0	0%
i.) jiné...	0	0%

Z uvedené tabulky četnosti odpovědí vyplývá, že odpověď „a.) výraz obličeje“ se vyskytuje ve všech 88 odpovědích (100 %). Odpověď „b.) pohyby rukou“ v 87 případech (99 %),

následuje odpověď „h.) postavení těla“ s výskytem 83 (94 %). 52 respondentů (59 %) uvedlo, že ke složkám neverbální komunikace patří úprava zevnějšku. Ostatní odpovědi se dostaly pod hranici 50 %.

Otázka č. 7

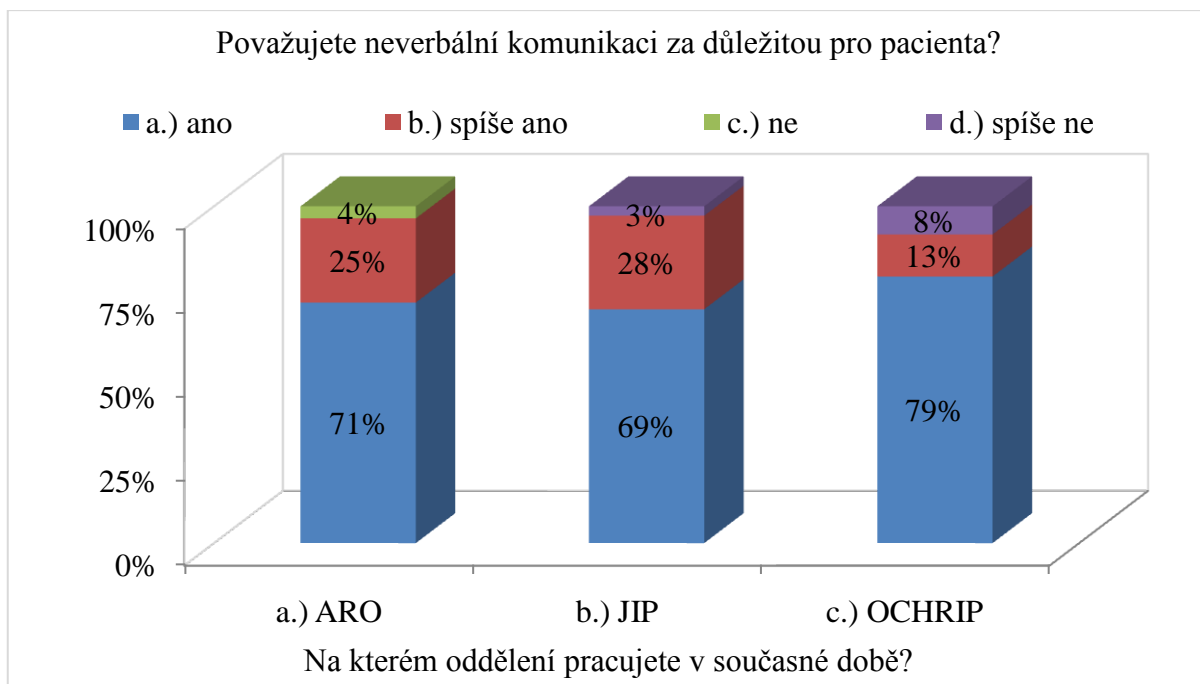
Znění otázky: „Považujete neverbální komunikaci za důležitou pro pacienta?“



Graf 10 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta

Komentář

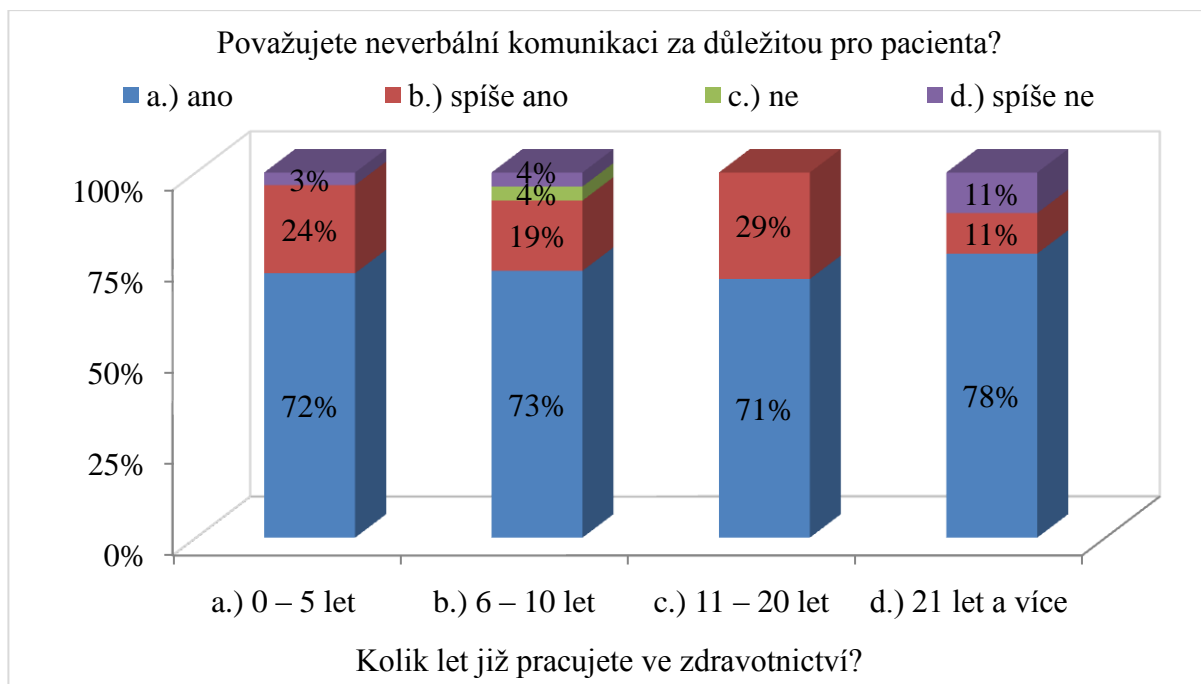
Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo 64 dotazovaných (73 %) odpověď „a.) ano“, 20 respondentů (23 %) uvedlo odpověď „b.) spíše ano“. 1 respondent (1 %) uvedl odpověď „c.) ne“ a 3 respondenti (3 %) uvedli odpověď „d.) spíše ne“.



Graf 11 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta podle současného oddělení

Komentář

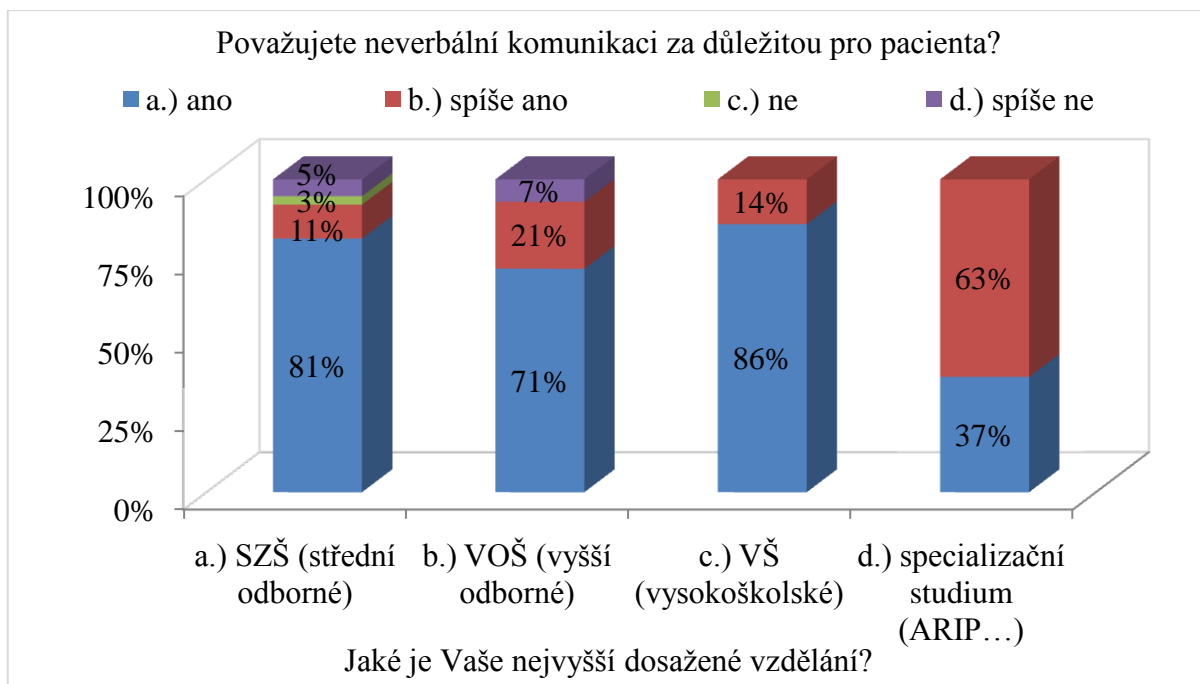
Graf znázorňuje důležitost neverbální komunikace podle oddělení, na kterém respondent pracuje. Na oddělení ARO uvedlo 73 % respondentů odpověď „a.) ano“ a 4 % uvedli odpověď „c.) ne“. Na oddělení JIP uvedlo 69 % respondentů odpověď „a.) ano“ a 3 % uvedli odpověď „d.) spíše ne“. Na oddělení OCHRIP uvedlo 79 % respondentů odpověď „a.) ano“ a 8 % uvedlo odpověď „d.) spíše ne“.



Graf 12 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta podle odpracovaných let ve zdravotnictví

Komentář

Z grafu můžeme vyčíst, že u respondentů, kteří pracují ve zdravotnictví 21 let a více, použilo odpověď „d.) spíše ne“ 11 %. U dotazovaných, kteří pracují ve zdravotnictví 11 – 20 let, odpovědělo „a.) ano“ 71 % a odpověď „b.) spíše ano“ uvedlo 29 % respondentů. 4 % respondentů v kategorii 6 – 10 let uvedlo odpověď „c.) ne“.



Graf 13 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Komentář

Graf znázorňuje důležitost neverbální komunikace podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Respondenti, kteří absolvovali specializační studium (ARIP), použili v 63 % odpověď „b.) spíše ano“. 7 % respondentů s VOŠ uvedlo odpověď „d.) spíše ne“. 3 % respondentů se SZŠ uvedlo odpověď „c.) ne“.

Otázka č. 8

Znění otázky: „Při kontaktu s pacientem si všímáte jeho (z uvedených variant vyberte ty, které jsou pro Vás důležité, a označte je podle významnosti stupnicí 1 – 7, přičemž 1 je nejvýznamnější):“

Tabulka 3 – Podíl variant podle významnosti

podíl			podíl		
pořadí	odpověď	36%	pořadí	odpověď	30%
1	a.) výrazu obličeje		1	a.) výrazu obličeje	
2	b.) očního kontaktu		2	b.) očního kontaktu	
3	c.) pohyby rukou		3	f.) vzájemných dotyků	
4	e.) držení těla		4	e.) držení těla	
5	g.) postoje		5	d.) vzájemné vzdálenosti	
6	d.) vzájemné vzdálenosti		6	c.) pohyby rukou	
7	f.) vzájemných dotyků		7	g.) postoje	

Tabulka 4 – Podíl variant podle významnosti

podíl			podíl		
pořadí	odpověď	25%	pořadí	odpověď	4,5%
1	b.) očního kontaktu		1	d.) vzájemné vzdálenosti	
2	a.) výrazu obličeje		2	e.) držení těla	
3	d.) vzájemné vzdálenosti		3	a.) výrazu obličeje	
4	f.) vzájemných dotyků		4	g.) postoje	
5	e.) držení těla		5	c.) pohyby rukou	
6	c.) pohyby rukou		6	b.) očního kontaktu	
7	g.) postoje		7	f.) vzájemných dotyků	

Tabulka 5 – Podíl variant podle významnosti

podíl		4,5%
pořadí	odpověď	
1	b.) očního kontaktu	
2	a.) výrazu obličeje	
3	e.) držení těla	
4	g.) postoje	
5	c.) pohyby rukou	
6	d.) vzájemné vzdálenosti	
7	f.) vzájemných dotyků	

Tabulka 6 – Četnost variant odpovědí v uvedených stupních významnosti

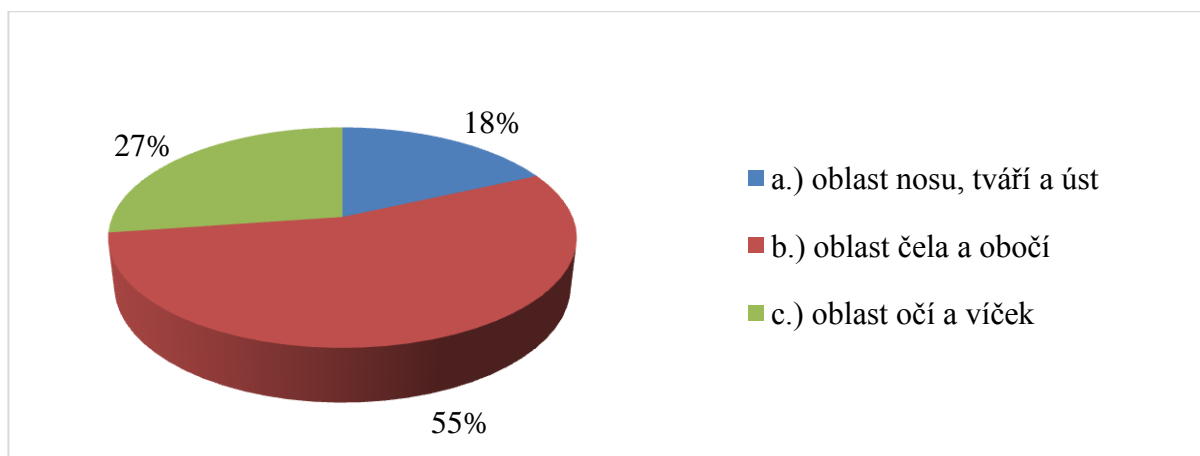
odpověď	stupnice významnosti							součet bodů*	průměrné umístění odpovědi na stupnici významnosti ↑
	1	2	3	4	5	6	7		
a.) výrazu obličeje	2	2	1	0	0	0	0	9	1,3
b.) očního kontaktu	2	2	0	0	0	1	0	12	1,7
e.) držení těla	0	1	1	2	1	0	0	18	2,6
d.) vzájemné vzdálenosti	1	0	1	0	1	2	0	21	3,0
c.) pohyby rukou	0	0	1	0	2	2	0	25	3,6
g.) postoje	0	0	0	2	1	0	2	27	3,9
f.) vzájemných dotyků	0	0	1	1	0	0	3	28	4,0

* součet bodů dané odpovědi za umístění na stupnici významnosti (1. místo = 1 bod, ... , 7. místo = 7 bodů)

Tabulka znázorňuje výsledek dotazníkového šetření na otázku, čeho si respondenti všímají při kontaktu s pacientem. Hodnoty jsou seřazené vzestupně podle průměrného umístění dané odpovědi na stupnici významnosti.

Otázka č. 9

Znění otázky: „Ze které části obličeje vyčtete u pacienta strach a smutek?“



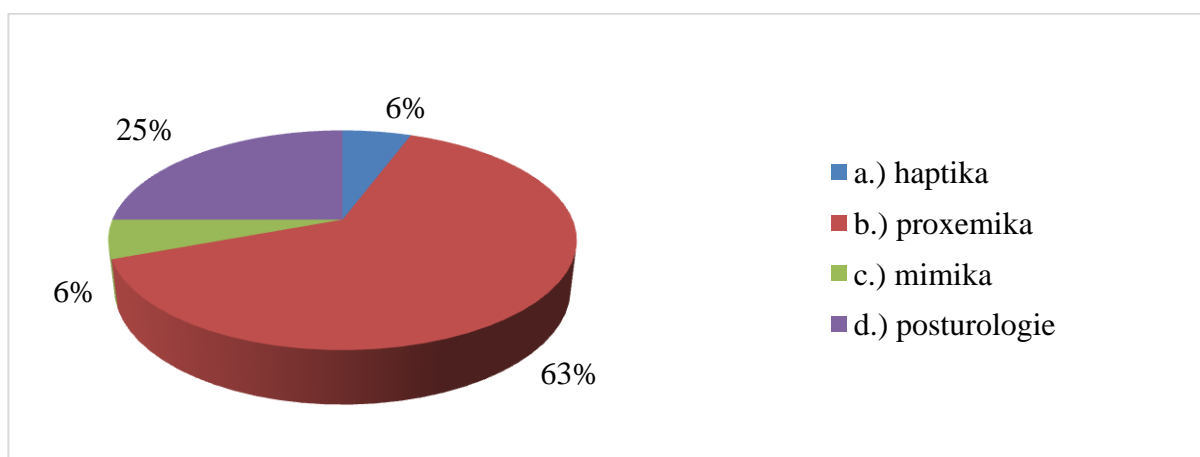
Graf 14 – Ze které části obličeje vyčtete u pacienta strach a smutek?

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo 48 respondentů (55 %), že strach a smutek pacienta vyčtou z oblasti čela a obočí. 24 respondentů (27 %) uvedlo odpověď „c.) oblast očí a víček“ a 16 dotazovaných (18 %) uvedlo odpověď „a.) oblast nosu, tváří a úst“.

Otázka č. 10

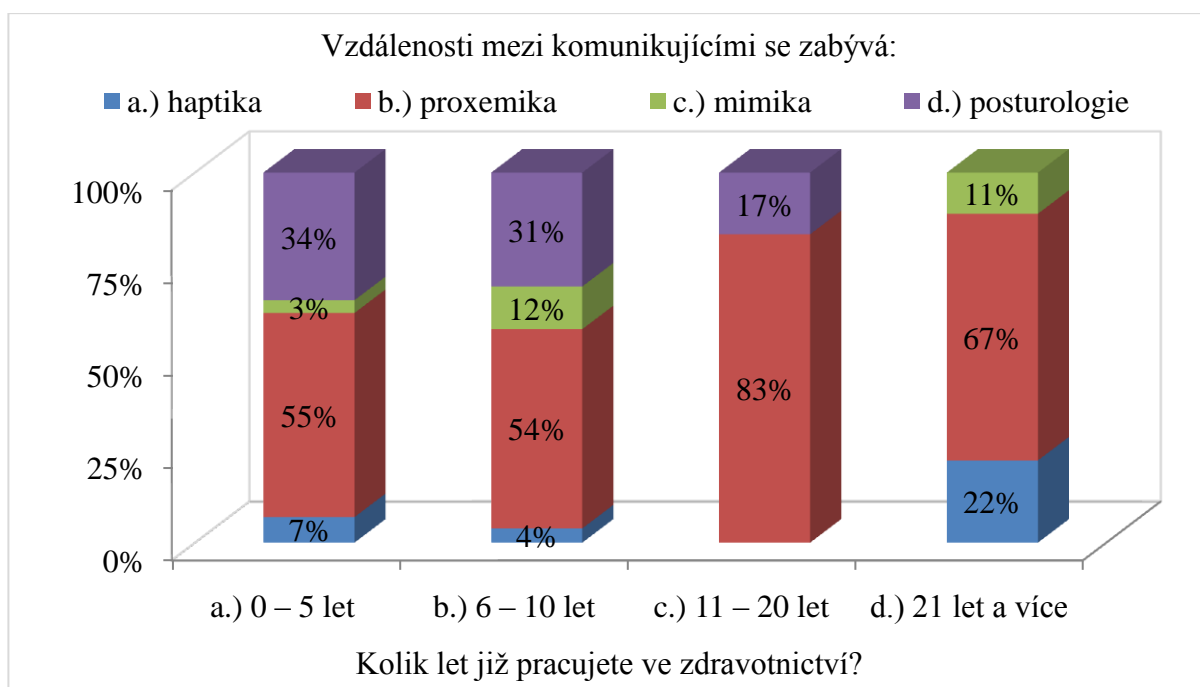
Znění otázky: „Vzdálenosti mezi komunikujícími se zabývá“



Graf 15 – Vzdálenost mezi komunikujícími

Komentář

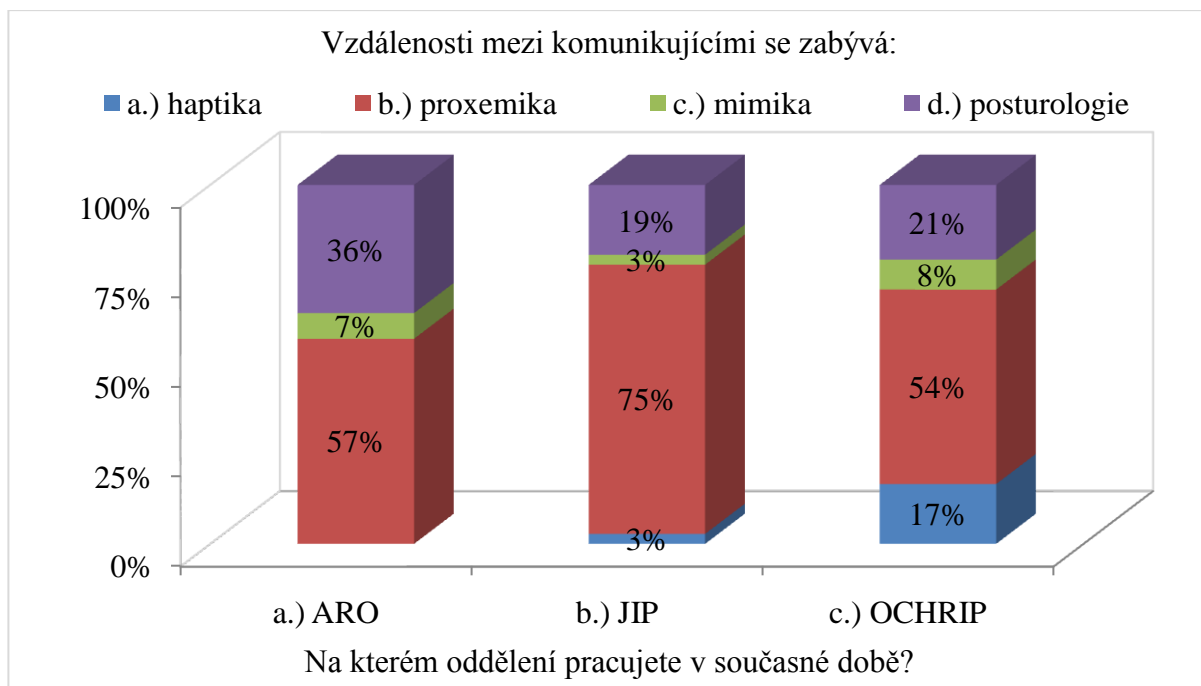
Z celkového počtu 88 respondentů uvedlo správnou odpověď „b.) proxemika“ 56 respondentů (63 %). 32 respondentů (37 %) odpovědělo na otázku špatně.



Graf 16 – Vzdálenost mezi komunikujícími podle odpracovaných let ve zdravotnictví

Komentář

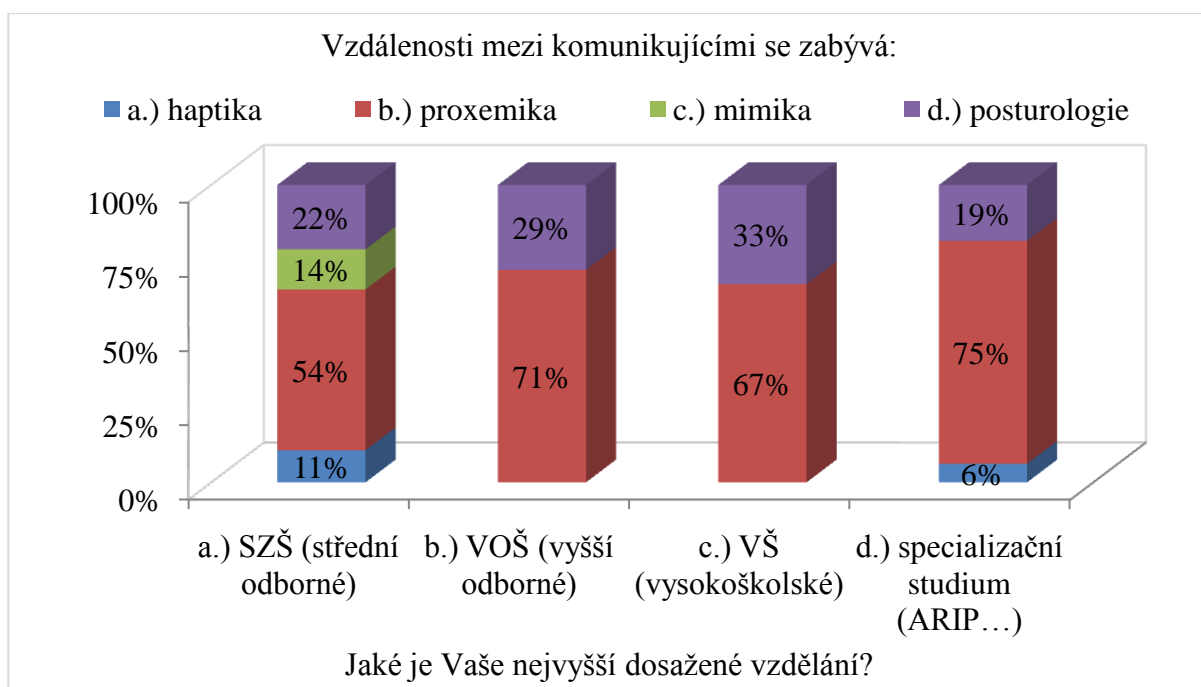
Graf znázorňuje procentuální vyjádření odpovědí na danou otázku podle odpracovaných let ve zdravotnictví. Nejvyšší podíl správné odpovědi (83 %) je zaznamenán v kategorii 11 – 20 let. V kategorii 6 – 10 let je nejnižší podíl správných odpovědí (54 %).



Graf 17 – Vzdálenost mezi komunikujícími podle současného oddělení

Komentář

Z grafu vyplývá, že na danou otázku odpovědělo správně nejvíce respondentů z oddělení JIP (75 %). Nejnižší podíl správné odpovědi byl zaznamenán na oddělení OCHRIP (54 %). Na oddělení ARO odpovědělo správně 57 % respondentů a až 36 % uvedlo, že vzdálenosti mezi komunikujícími se zabývá posturologie.



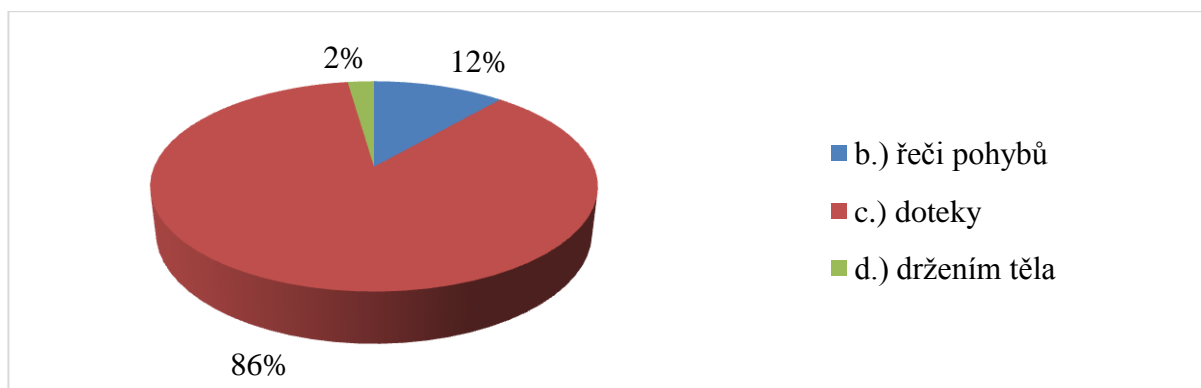
Graf 18 – Vzdálenost mezi komunikujícími podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Komentář

Z grafu je zřejmé, že nejvyšší podíl správných odpovědí (75 %) byl zaznamenán u respondentů se specializačním studiem (ARIP), následuje VOŠ 71 %, VŠ 67 % a nejnižší podíl správných odpovědí (54 %) byl u respondentů SZŠ.

Otázka č. 11

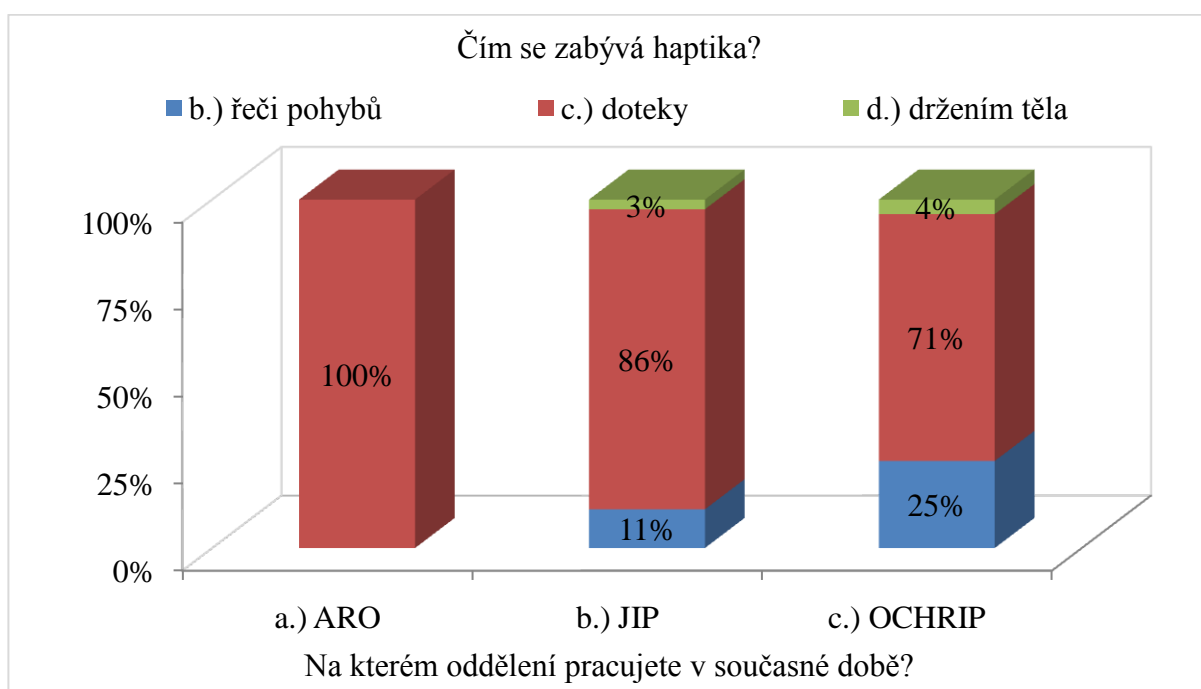
Znění otázky: „Čím se zabývá haptika?“



Graf 19 – Čím se zabývá haptika?

Komentář

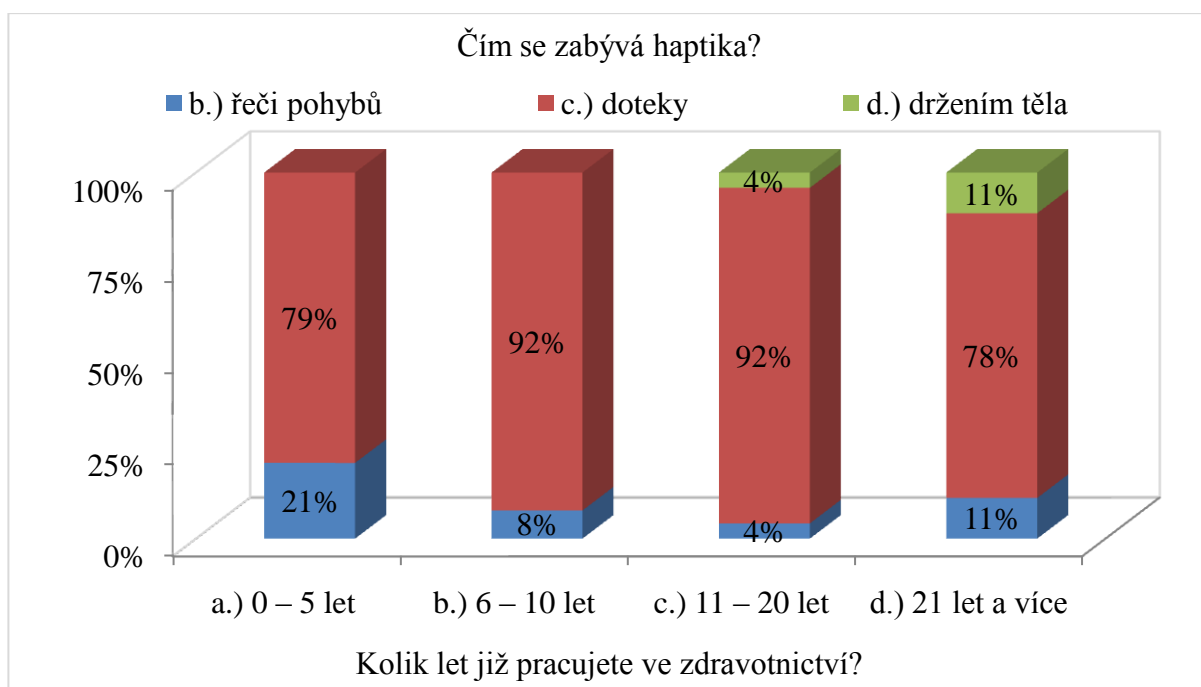
Z celkového počtu 88 respondentů odpovědělo na danou otázku správně 76 dotazovaných (86 %) a 14 % odpovědělo špatně.



Graf 20 – Čím se zabývá haptika v členění podle současného oddělení

Komentář

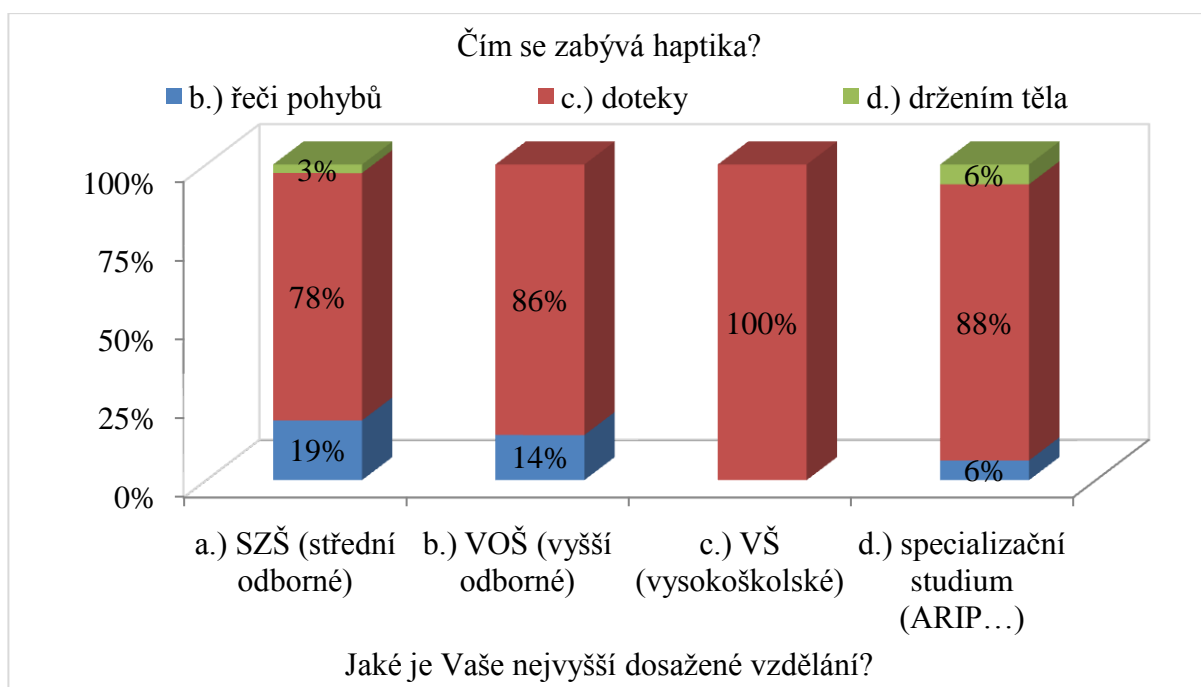
Graf znázorňuje správnost odpovědí na otázku, čím se zabývá haptika, podle oddělení kde respondent pracuje. 100 % dotazovaných z oddělení ARO odpovědělo správně. Na oddělení JIP je správnost odpovědí na danou otázku 86 % a na OCHRIP 71 %.



Graf 21 – Čím se zabývá haptika v členění podle odpracovaných let ve zdravotnictví

Komentář

Graf ukazuje správnost odpovědí na danou otázku podle odpracovaných let ve zdravotnictví. Z grafu je zřejmé, že nejvyšší podíl správných odpovědí (92 %), byl zaznamenán v kategorii 6 – 10 let a také v kategorii 11 – 20 let. Nejmenší podíl správných odpovědí (78 %) byl v kategorii 21 let a více.



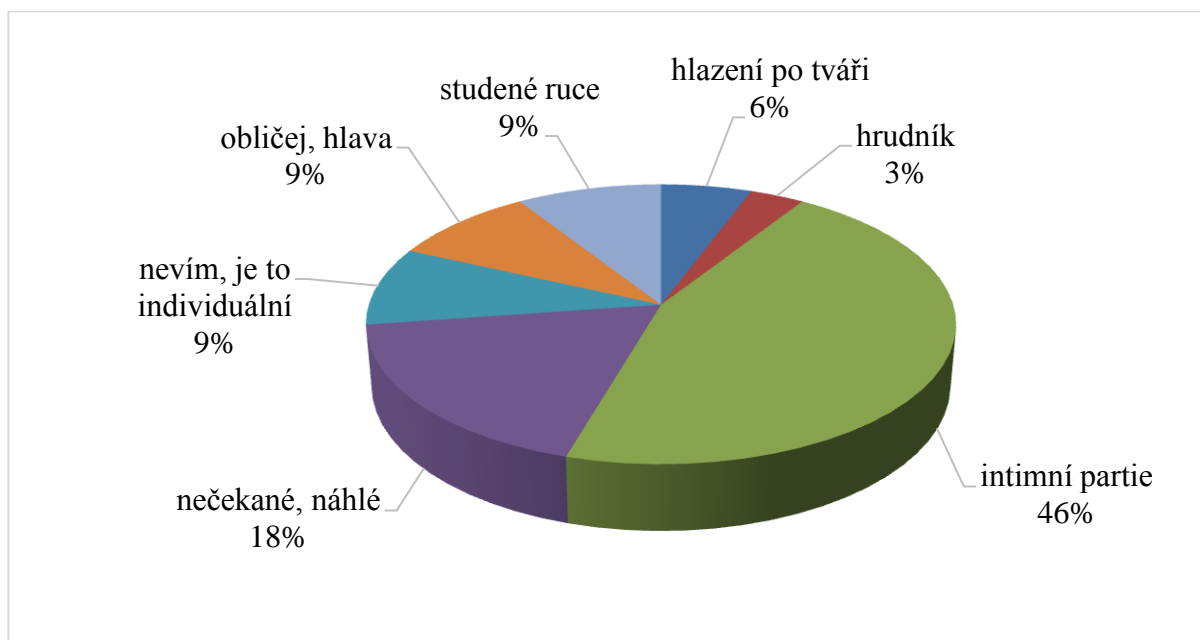
Graf 22 – Čím se zabývá haptika v členění podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Komentář

Z grafu vyplývá, že na otázku „Čím se zabývá haptika?“ všichni respondenti s VŠ vzděláním odpověděli správně (100 %). Následuje specializační studium (ARIP) 88 %, VOŠ 86 % a SZŠ 78 %.

Otázka č. 12

Znění otázky: „Které doteky, podle Vašeho názoru, považují pacienti za nepříjemné?“



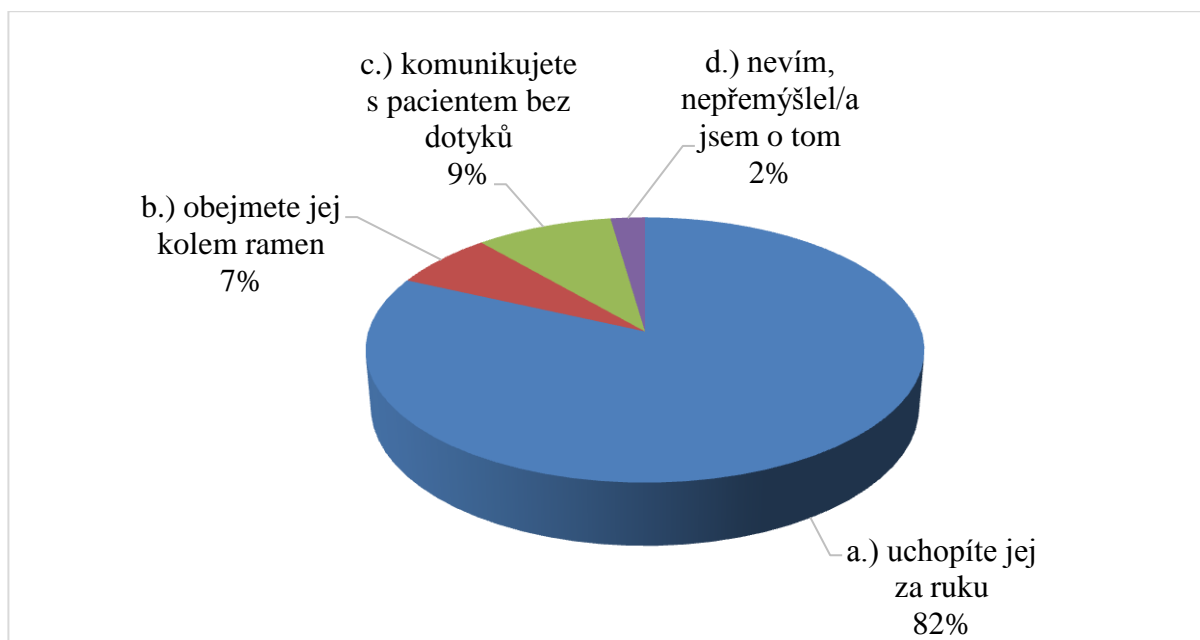
Graf 23 – Nepříjemné doteky pro pacienta

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo odpověď „intimní partie“ 40 dotazovaných (46 %), odpověď „nečekané, náhlé“ uvedlo 16 respondentů (18 %). Následuje odpověď „nevím, je to individuální“ 9 %, „obličej, hlava“ 9 %, „studené ruce“ 9 %, „hlazení po tváři“ 6 % a odpověď „hrudník“ použilo 3 % respondentů.

Otázka č. 13

Znění otázky: „Pokud chcete pacientovi vyjádřit své pochopení a podporu:“



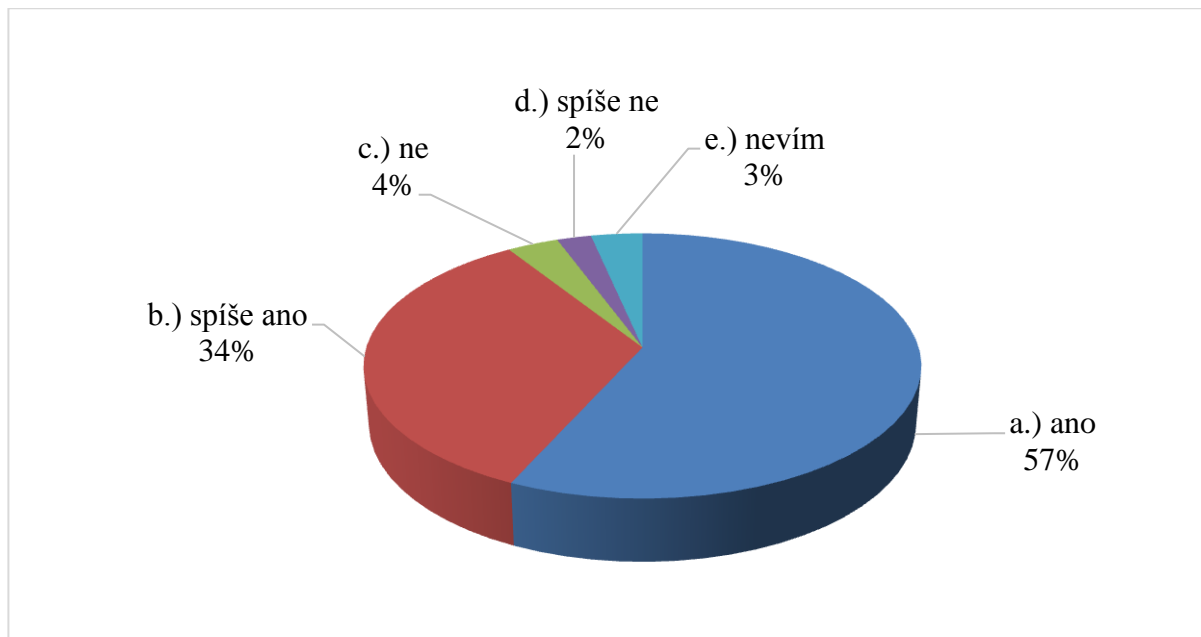
Graf 24 – Pochopení a podpora

Komentář

Z grafu je zřejmé, že až 72 respondentů (82 %) z celkového počtu 88 (100 %) uvedlo v této otázce odpověď „uchopíte jej za ruku“. 8 respondentů (9 %) uvedlo odpověď „komunikujete s pacientem bez dotyků“, 7 % dotazovaných uvedlo odpověď „obejmete jej kolem ramen“, 2 % použilo odpověď „nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom“.

Otázka č. 14

Znění otázky: „Když mluvíte s pacientem, udržujete s ním oční kontakt?“



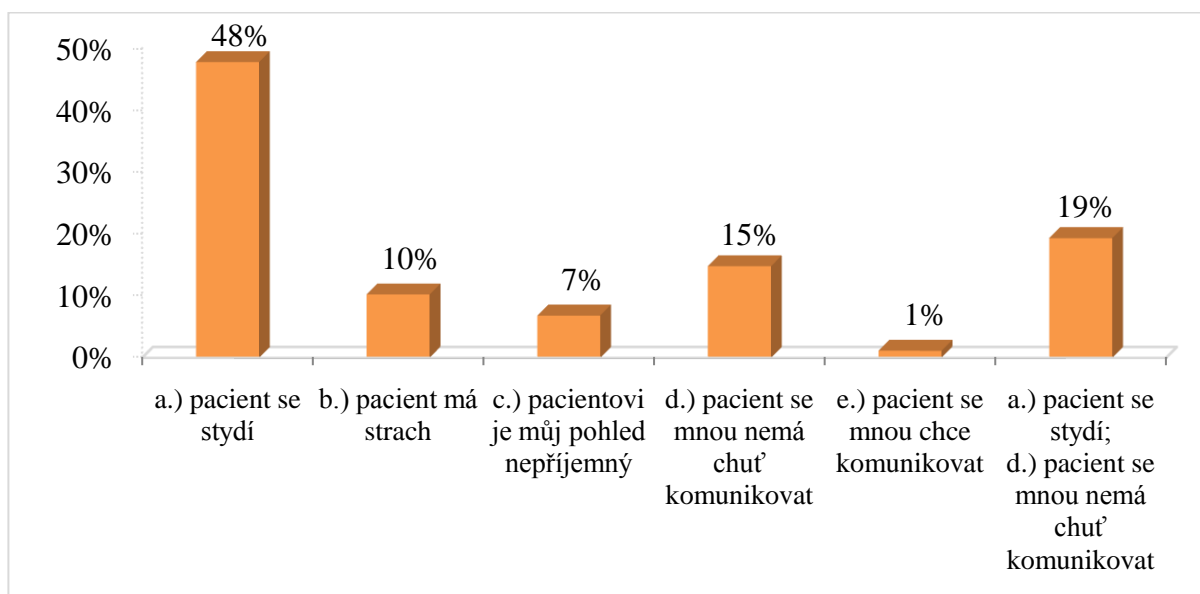
Graf 25 – Oční kontakt s pacientem

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo odpověď „a.) ano“ 50 respondentů (57 %) a odpověď „b.) spíše ano“ uvedlo 30 dotazovaných (34 %). 4 % respondentů neudrží s pacientem oční kontakt.

Otázka č. 15

Znění otázky: „Co podle Vás vyjadřuje pacient v případě, že uhýbá pohledem? (můžete označit i více odpovědí)“



Graf 26 – Uhýbání pohledem

Komentář

Graf znázorňuje, že 42 respondentů (48 %) z celkového počtu 88 (100 %) uvedlo odpověď „a.) pacient se stydí“. 15 % dotazovaných uvedlo odpověď „d. pacient se mnou nemá chuť komunikovat“ a kombinaci odpovědí a.) a d.) uvedlo 19 % respondentů.

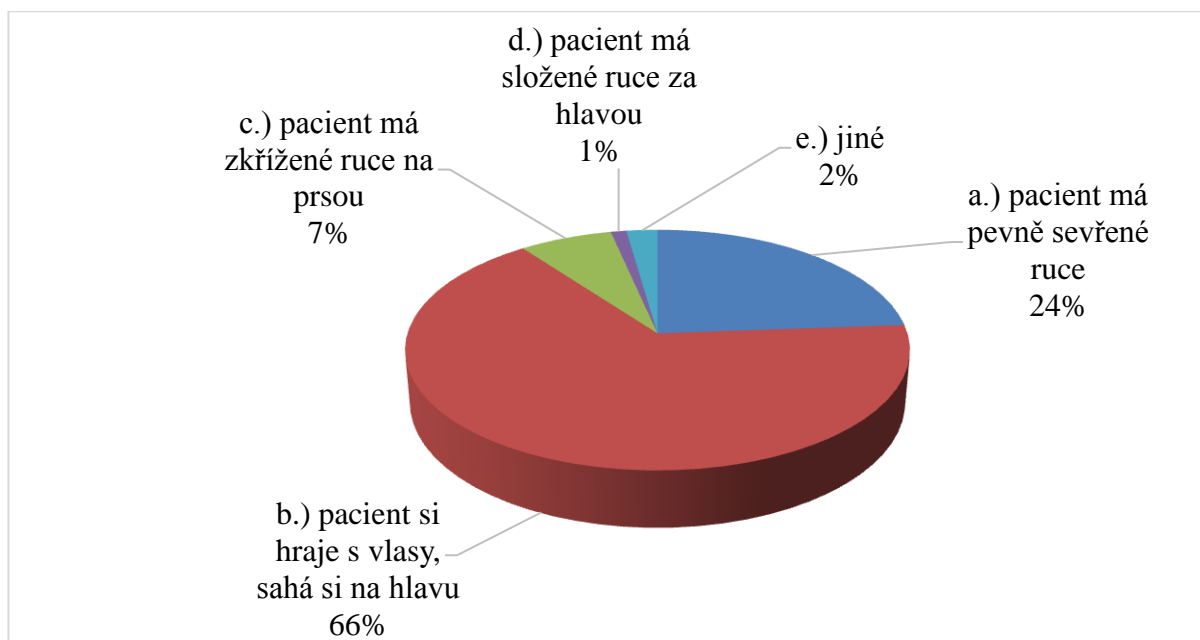
Tabulka 7 – Četnost odpovědí uhýbání pohledem

odpověď	absolutní	relativní ↓
a.) pacient se stydí	59	67%
d.) pacient se mnou nemá chuť komunikovat	30	34%
b.) pacient má strach	9	10%
c.) pacientovi je můj pohled nepříjemný	6	7%
e.) pacient se mnou chce komunikovat	1	1%
f.) jiné	0	0%

Z tabulky četnosti odpovědí v dotazníkovém šetření vyplývá, že odpověď „a.) pacient se stydí“ byla použita v 59 případech z 88, tzn. 67 %. Následuje odpověď „d.) pacient se mnou nemá chuť komunikovat“, která byla v 30 odpovědích (34 %).

Otázka č. 16

Znění otázky: „Která gesta pacienta signalizují, že je pacient nervózní, nejistý?“



Graf 27 – Gesta pacienta při nervozitě a nejistotě

Komentář

Z celkového počtu 88 (100 %) použilo ve svých odpovědích 58 respondentů (66 %) možnost „b.) pacient si hraje s vlasy, sahá si na hlavu“. 21 respondentů (24 %) uvedlo odpověď „a.) pacient má pevně sevřené ruce“. Následuje odpověď „c.) pacient má zkřížené ruce na prsou“ 7 %, „d.) pacient má složené ruce za hlavou“ 1 %.

Otázka č. 17

Znění otázky: „Jaké komunikační techniky využíváte u pacientů s UPV, kteří jsou při vědomí? (můžete označit i více odpovědí)“

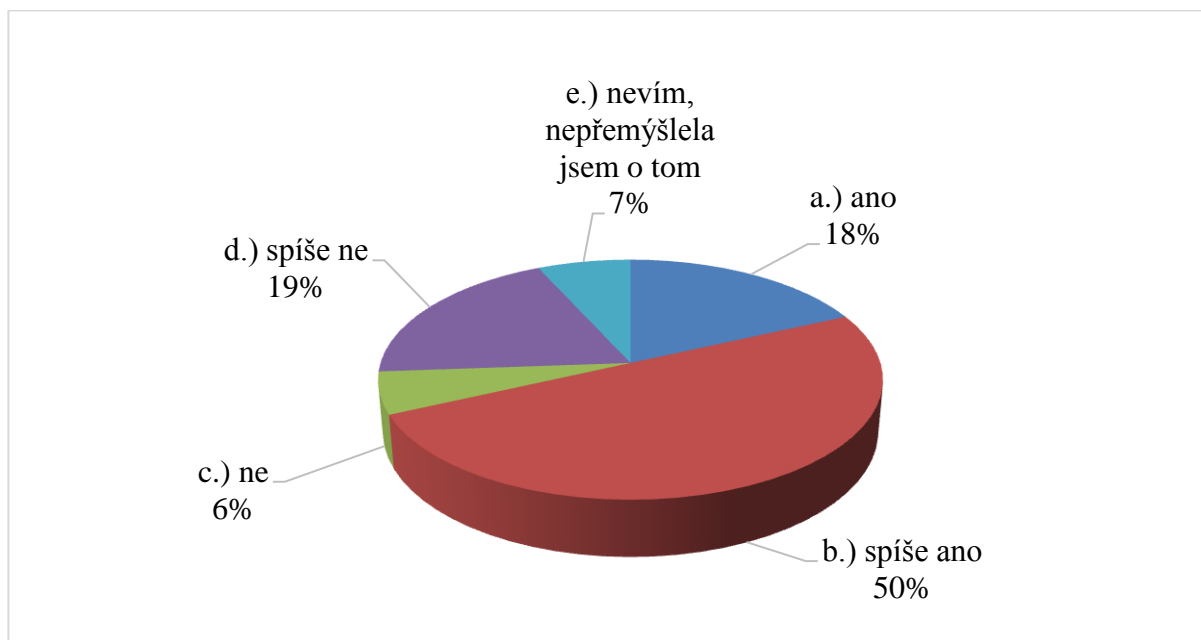
Tabulka 8 – Četnost odpovědí komunikačních technik u pacientů s UPV

odpověď	absolutní	relativní ↓
e.) tabulka s abecedou	88	100%
b.) výraz obličeje	64	73%
g.) pomocí piktogramů (jednoduchých obrázků)	64	73%
a.) pozorování gest	61	69%
f.) volný písemný projev nemocného	56	64%
d.) komunikace pohledem	53	60%
c.) komunikace doteky	27	31%
h.) jiné – posunky	5	6%
h.) jiné – laryngofon	4	5%

Z tabulky četnosti vyplývá, že ve všech 88 řádně vyplněných dotazníků byla odpověď „e.) tabulka s abecedou“ uvedena v 88 případech, tzn. 100 %. Odpověď „b.) výraz obličeje“ a odpověď „g.) pomocí piktogramů (jednoduchých obrázků)“ byla uvedena v 64 případech (73 %), následuje „a.) pozorování gest“ 69 % a odpověď „f.) volný písemný projev nemocného“ 64 %. Odpověď „d.) komunikace pohledem“ 60 % a výskyt odpovědi „c.) komunikace doteky“ byl 31 %.

Otázka č. 18

Znění otázky: „Myslíte, že máte dostatek informací v oblasti komunikace s pacientem s UPV?“



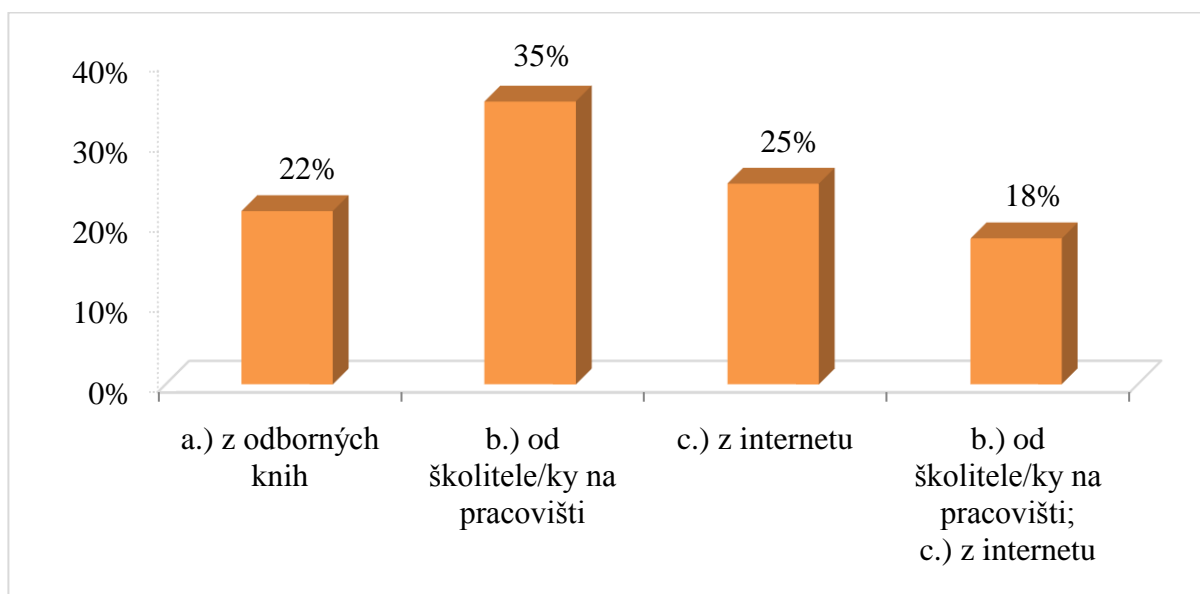
Graf 28 – Dostatek informací v oblasti komunikace s pacientem s UPV

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo 44 respondentů (50 %) odpověď „b.) spíše ano“, 17 respondentů (19 %) uvedlo odpověď „d.) spíše ne“. Následuje odpověď „a.) ano“ 18 %, odpověď „e.) nevím, nepřemýšlela jsem o tom“ 7 %, odpověď „c.) ne“ 6 %.

Otázka č. 19

Znění otázky: „Jak získáváte informace o problematice komunikace s nemocným s UPV? (můžete označit i více odpovědí)“



Graf 29 – Získávání informací o problematice komunikace s nemocným s UPV

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) uvedlo 31 (35 %), že získává informace o problematice komunikace s nemocným s UPV od školitele/ky na pracovišti. 22 respondentů (25 %) uvedlo odpověď „c.) z internetu“, 19 dotazovaných (22 %) čerpá informace z odborných knih a 16 respondentů (18 %) uvedlo odpověď b.) a odpověď c.).

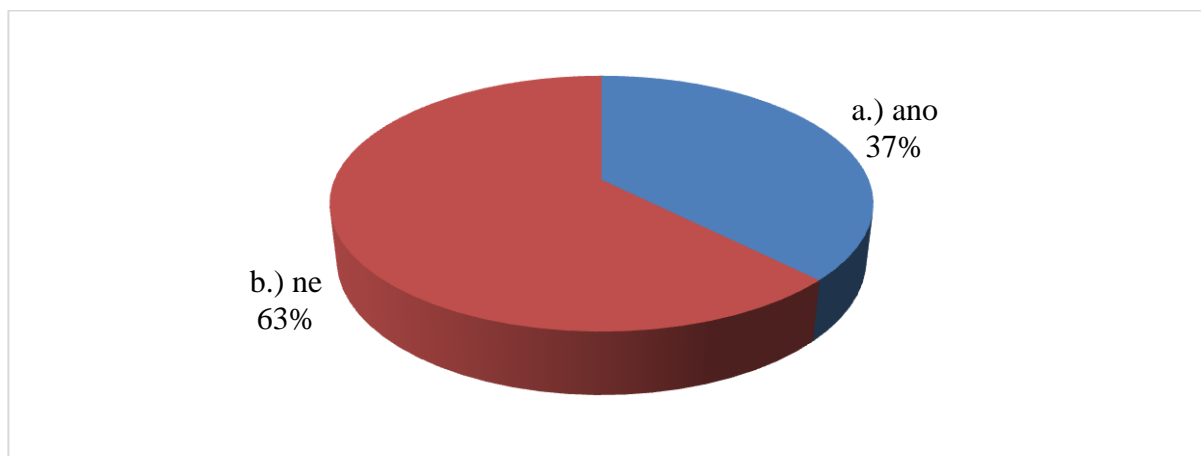
Tabulka 9 – Četnost odpovědí získávání informací o problematice komunikace s nemocným s UPV

odpověď	absolutní	relativní ↓
b.) od školitele/ky na pracovišti	47	53%
c.) z internetu	38	43%
a.) z odborných knih	19	22%
d.) jiné	0	0%

Z tabulky vyplývá, že výskyt odpovědi „b.) od školitele/ky na pracovišti“ je v 47 případech z 88, tzn. četnost 53 %. Četnost odpovědi „c.) z internetu“ je 43 % a odpovědi „a.) z odborných knih“ je 22 %.

Otázka č. 20

Znění otázky: „Absolvoval/a jste nějakou speciální vzdělávací akci (seminář, kurz, přednáška) o komunikaci s pacientem s UPV?“



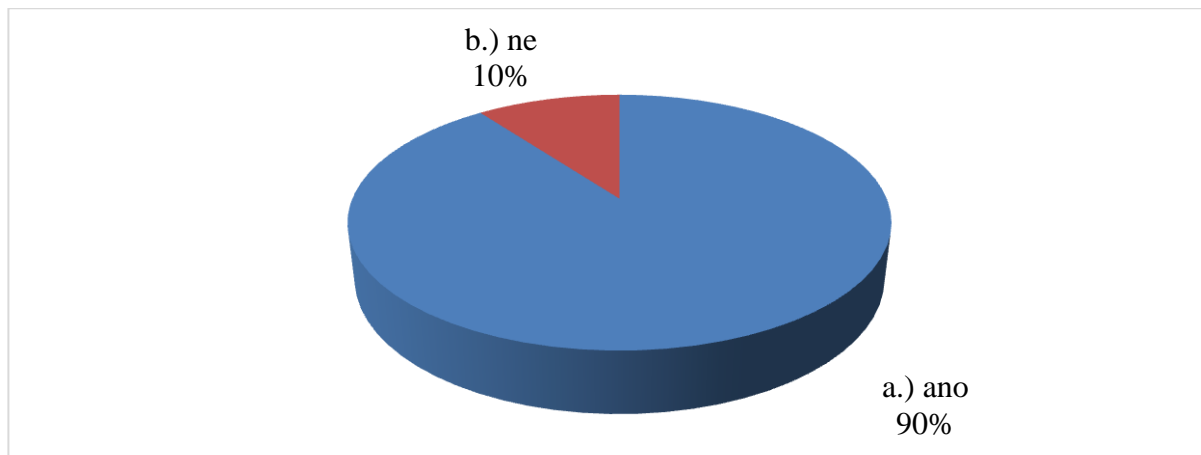
Graf 30 – Absolvování speciální vzdělávací akce o komunikaci s pacientem s UPV

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) absolvovalo nějakou speciální vzdělávací akci (seminář, kurz, přednáška) o komunikaci s pacientem s UPV 33 respondentů (37 %) a odpověď „b.) ne“ uvedlo 55 dotazovaných (63 %).

Otázka č. 21

Znění otázky: „Nabídnul Vám někdy Váš zaměstnavatel kurz o komunikaci s pacientem?“

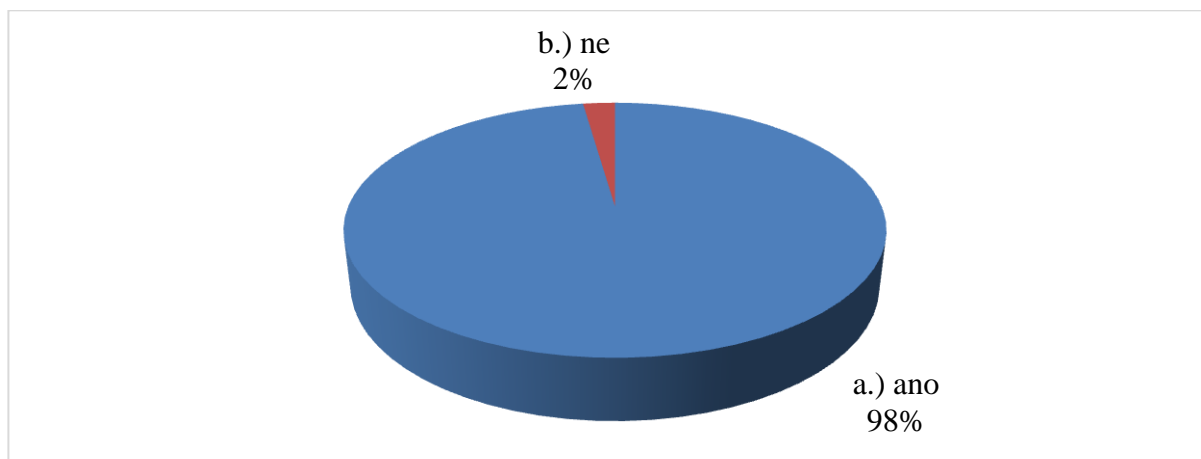


Graf 31 – Nabídka kurzu komunikace s pacientem

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) nabídnul zaměstnavatel kurz o komunikaci s pacientem 79 respondentům (90 %) a odpověď „b.) ne“ uvedlo 9 respondentů (10 %).

Znění otázky: „Kdyby Vám byl tento kurz nabídnut, zúčastnil/a byste se?“



Graf 32 – Účast na nabídnutém kurzu

Komentář

Z celkového počtu 88 respondentů (100 %) odpovědělo na tuto otázku 86 respondentů (98 %), že by se zúčastnili nabídnutého kurzu. 2 respondenti (2 %) uvedli odpověď „b.) ne“.

Otázka č. 22 – nepovinná

Znění otázky: „Vlastní komentář“

V této otázce měli respondenti možnost libovolně vyjádřit svůj vlastní komentář k dané témě. Z celkového množství respondentů 88 (100 %) odpověděli pouze 4 respondenti (5 %).

Jeden respondent uvádí v této položce: „Spíš než semináře o komunikaci pro sestry, by měli být spíše semináře o komunikaci pro lékaře a obzvlášť semináře pro pacienty, aby nás sestry neuráželi, neponižovali a nepletli si nás se služkou.“

Druhý respondent uvádí: „Tento měsíc mě čeká seminář o komunikaci s pacientem, za celou dobu praxe ve zdravotnictví je to můj první, což je dosti smutné.“

Třetí respondent poukazuje na to, že spíš než potíže s komunikací u pacientů na UPV, má potíže s komunikací u pacientů agresivních, zmatených.

Čtvrtý respondent si myslí, že komunikace s pacientem je velmi důležitá.

7 DISKUZE

Výzkum k této bakalářské práci probíhal na třech odděleních (ARO, JIP, OCHRIP) ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze. Oddělení byla vybrána na základě jednoho kritéria, a to, že na každém z těchto oddělení se vyskytují pacienti, kteří jsou napojeni na umělou plicní ventilaci.

Vzorek respondentů pro výzkum musel splňovat tyto požadavky:

- a.) respondent je povoláním všeobecná sestra,
- b.) respondent je zaměstnán ve zkoumané nemocnici (FN Motol Praha),
- c.) respondent pracuje na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti na UPV.

Celkový počet rozdaných dotazníků bylo 100. Počet vrácených dotazníků byl 90. 2 dotazníky byly pro neúplnost a chybné vyplnění znehodnoceny. K výzkumu tak bylo použito celkově 88 dotazníků, což představuje 88 % návratnost. Toto množství bylo při zpracování bráno za 100 %.

Sumarizované výsledky výzkumu jsou obsaženy v kapitole 4 Výsledky. Pro zajímavost jsme u pár výsledků provedli srovnání odpovědí sester na jednotlivých odděleních, dále podle roků praxe a výšky dosaženého vzdělání.

Ve výzkumu jsme se zaměřili na zjištění znalostí, zkušeností a zájem všeobecných sester ohledně neverbální komunikace. Dále pak na zmapování, který druh neverbální komunikace je využíván sestrami nejvíce. Také jsme zjišťovali zájem sester o neverbální komunikaci s pacientem na UPV, jejich znalosti a techniky, které při komunikaci s pacientem na UPV využívají.

Výzkumu se zúčastnilo 88 všeobecných sester (100 %).

Vzdělání respondentů bylo zastoupeno v stupni středoškolském, vyšším odborným, vysokoškolským a specializačním studiem. Převládalo 37 respondentů (42 %) se středoškolským vzděláním, 21 respondentů (24 %) s vysokoškolským vzděláním, se specializačním studiem 16 respondentů (18 %). 14 dotazovaných mělo vyšší odborné vzdělání (16 %). Z výsledků je patrné, že zdravotnictví prochází neustálým dynamickým rozvojem, na sestry jsou kladeny vysoké nároky ohledem vzdělávání. Vzhledem k neustále zvyšujícímu

důrazu na systém celoživotního vzdělávání sester lze předpokládat, že se zastoupení jednotlivých vzdělání mění a to především ve prospěch vysokých škol.

Graf 2 zobrazuje, že nejvíce respondentů, 33 %, pracuje ve zdravotnictví 0 – 5 let, 30 % zastupuje kategorii respondentů pracujících ve zdravotnictví 6 – 10 let. 27 % představuje kategorie 11 – 20 let. Nejmenší skupinou, pouze 10 %, jsou respondenti s praxí 21 let a více.

36 respondentů (41 %) pracuje na JIP, 28 dotazovaných (32 %) na ARO, 24 (27 %) respondentů na OCHRIP. Skladba respondentů z jednotlivých oddělení je téměř vyrovnaná. Pro zajímavost uvádím strukturu oddělení podle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Z grafu 4 je patrné, že na oddělení JIP pracuje nadpoloviční většina (52 %) sester s vysokoškolským vzděláním. Na oddělení ARO má 50 % specializační studium. 43 % tvoří respondenti s vyšším odborným vzděláním na oddělení OCHRIP.

Co se týče roků praxe respondentů na vybraných odděleních, tvořili poměrně velké zastoupení sestry s praxí více než 3 roky na oddělení ARO a JIP. Na oddělení OCHRIP představuje nejpočetnější skupinu kategorie 1 – 3 roky (46 %).

V otázce č. 5 jsme se snažili zjistit, zda sestry vědí, co je neverbální komunikace. 73 % respondentů uvedlo odpověď „řeč těla“, 22 % respondentů k tomu přidalo i odpověď „situace, kdy sestra i pacient (při kontaktu sestry s pacientem) mlčí“. Zbýlých 5 % odpovědí bylo bohužel chybných. Lze konstatovat, že převládaly správné odpovědi. Sestry pojem neverbální komunikace znají.

V otázce č. 6 měli respondenti uvést složky neverbální komunikace, o nichž si myslí, že k ní patří. Respondenti mohli volit i víc odpovědí. Tabulka 2 zobrazuje četnost odpovědí složek neverbální komunikace. Odpověď „výraz obličeje“ byla uvedena ve všech dotaznících (100 %). 99 % odpovědí byly pohyby rukou, 94 % postavení těla, 59 % odpovědí představuje úprava zevnějšku. Bohužel se tam objevují i chybné odpovědi jako sdělování činy (38 %), rychlost řeči (24 %) a rozhovor (2 %).

Podle grafu č. 9 pouze 35 % respondentů zvolilo správnou variantu odpovědi (výraz obličeje, pohyby rukou, postavení těla). Ostatní varianty odpovědí se skládaly i z chybných odpovědí. Sestry znají složky neverbální komunikace docela dobře. Pouze sdělování činy dosti často připisují k složkám neverbální komunikace. Můžeme to vysvětlit na základě zjištění, že i v mnohých odborných knihách se vyskytují rozdíly v členění komunikace.

Snažili jsme se také zjistit, jak důležitá je pro respondenty neverbální komunikace s pacientem. Za důležitou ji považuje 64 (73 %) dotázaných. 20 respondentů (23%) uvedlo, že je pro ně komunikace důležitá spíše ano. 4 (4 %) respondentů uvedlo, že je pro ně komunikace nedůležitá. Při analýze dat vyšlo najevo, že neverbální komunikace je důležitá ve

více než nadpoloviční většině na všech zkoumaných odděleních. Také je zajímavé, že důležitost neverbální komunikace je v podstatě stejná v závislosti na odpracovaných letech ve zdravotnictví (graf 12).

Dále jsme zjistili, že neverbální komunikaci považují za důležitou pro pacienty sestry na všech úrovních vzdělání. 3 % respondentů se SZŠ uvedlo, že neverbální komunikaci považuje za nedůležitou. Jaká je příčina tohoto přístupu je velkou otázkou. Jako jednu z příčin, která je zároveň i tou nejpodstatnější, vidím ve vzdělání. Na středních školách je věnováno málo prostoru pro výučbu neverbální komunikaci.

V další části dotazníku byly otázky zaměřeny na to, čeho si všeobecné sestry všímají při kontaktu s pacientem. Výzkumem jsme zjistili, že největší význam je kladen na výraz obličeje, dále je to oční kontakt, držení těla, jak je uvedeno v tabulce č. 6. Výsledky jsou podloženy literaturou, autor Mikuláščík tvrdí, že nejvíce vnímaná je oblast hlavy a obličeje. Zajímavé je, že odpověď vzájemné doteky se nachází na posledním místě. Respondenti měli možnost zvolit více variant odpovědí. Tabulka 3, č. 4 a č. 5 poukazuje na podíl variant podle stupnice významnosti.

V otázce č. 9 byli respondenti dotázáni, zda vědí, ze které části obličeje pacienta vyčtou strach a smutek. Pouze 24 respondentů (27 %) odpovědělo správně, což je oblast očí a víček. Nadpoloviční většina (55 %) uvedla oblast čela a obočí, 16 (18 %) respondentů uvedlo oblast nosu, tváří a úst. Co je příčinou těchto odpovědí? Těžko říct. Vyznat se v obličeji druhého není tak lehké. Můj názor je, že sestry by měly vědět z obličeje pacienta číst.

Zajímalo nás, zda mají sestry přehled o neverbální komunikaci. Graf 15 poukazuje na to, jaké mají sestry znalosti ohledně proxemiky. 56 (63 %) sester uvádí správnou odpověď, tzn. proxemika se zabývá vzdáleností mezi komunikujícími. Velké zastoupení (25 %) má posturologie. Pro zajímavost jsme vypracovali procentuální vyjádření odpovědí ohledem proxemiky podle odpracovaných let ve zdravotnictví, kde nejvyšší podíl správné odpovědi (83 %) je v kategorii 11 – 20 let. V kategorii 6 – 10 let je nejnižší podíl odpovědí (54 %). Také jsme se zaměřili na to, jaké procento správných odpovědí je podle typu oddělení, na kterém respondenti pracují. Z grafu 17 vyplývá, že správně odpovědělo nejvíce respondentů z oddělení JIP (75 %). Nejnižší podíl (54 %) správné odpovědi byl zaznamenán na oddělení OCHRIP. Z oddělení ARO odpovědělo správně 57 % respondentů a 36 % respondentů uvedlo, že vzdálenosti mezi komunikujícími se zabývá posturologie. Z grafu 18 je zřejmé, že nejvyšší podíl správných odpovědí (75 %) byl zaznamenán u respondentů se specializačním studiem, následuje VOŠ (71 %), VŠ (67 %) a nejnižší podíl správných odpovědí (54 %) byl u respondentů se SZŠ vzděláním. Z tohoto je znovu patrné, že vyšší vzdělání všeobecných

sester má význam a že neverbální komunikaci je věnováno více prostoru spíše na vyšších stupních vzdělání.

V otázce č. 11 nás zajímalo, zda sestry znají pojem haptika, a čím se zabývá. 76 respondentů (86 %) odpovědělo na danou otázku správně. To nasvědčuje tomu, že sestry pojmu haptika rozumí. O haptice se v současné době hodně mluví, tak zřejmě i proto byla v této otázce úspěšnost. V rámci zajímavosti jsme také vyhodnotili podíl správných odpovědí podle toho, kde respondenti pracují. Z oddělení ARO odpovědělo správně 100 % dotázaných, na oddělení JIP je správnost odpovědí 86 % a z oddělení OCHRIP 71 %. Podle odpracovaných let ve zdravotnictví z grafu 21 je zřejmé, že pojem haptika je znám v kategorii 6 – 10 let a 11 – 20 let (92 %). Nejméně znám pojem haptika je u respondentů v kategorii 21 let a více (78 %). To by mohlo nasvědčovat tomu, že sestry s delší praxí nemají tolik znalostí, jsou ze „staré školy“. Z grafu 22 vyplývá, že na otázku „Čím se zabývá haptika?“ všichni respondenti s vysokoškolským vzděláním odpověděli správně (100 %). Nejmenší podíl správných odpovědí byl zaznamenán u respondentů se středoškolským vzděláním.

Následující otázka byla zaměřena na to, zda sestry znají nebo alespoň mají tušení, které z jejich doteků jsou pro pacienta nepříjemné. Respondenti měli možnost uvést vlastní odpověď, nebyla možnost volby. Byli jsme překvapeni, že různorodost odpovědí nebyla tak široká. Respondenti se vesměs v odpovědích shodovali. Sestry považují za nepříjemné doteky u pacientů zejména doteky na intimních partiích (46 %), 16 (18 %) sester uvádí nečekané, náhlé doteky, o kterých pacient není předem informován. Z dalších odpovědí respondentů jsou to odpovědi: obličej, hlava, studené ruce, hlazení po tváři, hrudník. 8 respondentů (9 %) neví, že je to individuální.

Zajímalo nás, jak všeobecné sestry v praxi reagují, když chtějí vyjádřit pacientovi své pochopení a podporu. Až 72 respondentů (82 %) uvedlo, že pokud chtějí pacientovi vyjádřit pochopení a podporu, uchopí jej za ruku. 8 respondentů (9 %) komunikuje s pacientem bez dotyků. Dále 6 respondentů (7 %) uvádí, že obejmou pacienta kolem ramen. A pouze 2 respondenti (2 %) neví, nepřemýšleli o tom.

Dalším předmětem výzkumu byl oční kontakt. Ptali jsme se respondentů, zda udržují oční kontakt při komunikaci s pacientem. Z grafu 25 vyplývá, že nadpoloviční většina (57 %) udržuje s pacientem oční kontakt. „Spíše ano“ odpovědělo 30 respondentů (34 %). 6 % respondentů s pacientem oční kontakt neudržuje. 3 % dotázaných neví, zda oční kontakt udržuje. Oční kontakt je důležitý, myslím, že sestra umí z očí pacienta vyčíst hodně. A hlavně je to i věc slušnosti.

Jednou ze zkoumaných oblastí bylo uhýbání pacientova pohledu. Co podle všeobecných sester vyjadřuje pacient, když uhýbá pohledem? V této otázce mohly sestry označit i více odpovědí. Uhýbáním pohledu pacient podle nich vyjadřuje to, že se stydí (67 %), odpověď „nemá chuť komunikovat“ uvedlo 34 % respondentů, odpověď „má strach“ uvedlo 10 %, a volba že je mu můj pohled nepříjemný uvedlo 7 %. 1 respondent (1 %) uvádí odpověď „pacient se mnou chce komunikovat“. Z výsledků je patrné, že sestry vědí a mají zkušenosti s uhýbáním pacientova pohledu.

V otázce č. 15 nás zajímalo, která gesta pacienta signalizují, že je pacient nervózní, nejistý. 58 respondentů (66 %) odpovědělo správně, tzn., že když je pacient nervózní, nejistý, hraje si s vlasy, sahá si na hlavu. To potvrzuje, že sestry gestům pacientů rozumí.

Dalším předmětem výzkumu bylo zjistit, jaké komunikační techniky sestry využívají u pacientů s UPV, kteří jsou při vědomí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Z tabulky četnosti odpovědí (tab. č. 8) je zřejmé, že sestry využívají nejvíce tabulky s abecedou. Tato odpověď byla uvedena ve všech 88 dotaznících (100 %). Dále se sestry soustředí na výraz obličeje a piktogramy, obě možnosti byly uvedeny v 64 dotaznících (73 %). Respondenti v 61 případech (69 %) uvedli, že při komunikaci s pacientem s UPV pozorují gesta. Volný písemný projev nemocného se vyskytoval v 56 dotaznících (64 %). 53 krát (60 %) byla zvolena komunikace pohledem, 27 krát (31 %) komunikace doteky. Respondenti zvolili v otázce i variantu „jiné“. Tato varianta měla dvě odpovědi, a to posunky a laryngofon. Posunky se v dotaznících vyskytovali 5 krát (6 %), laryngofon 4 krát (5 %). Z výsledků lze usoudit, že sestry při komunikaci s pacientem s UPV využívají širokou škálu komunikačních technik. Nezůstávají pouze u jedné, což by bylo pro ně jednodušší, ale snaží se je kombinovat, aby mohly co nejlépe pacientovi porozumět a pochopit ho.

Z grafu 28 můžeme vyčíst, že všeobecné sestry si myslí, že mají dostatek informací v oblasti komunikace s pacientem s UPV. „Ano“ odpovědělo 16 sester (18 %), „spíše ano“ uvedlo 44 sester (50 %). „Ne“ a „spíše ne“ bylo uvedeno od 22 respondentů. 6 respondentů (7 %) neví, nepřemýšleli o tom.

Graf 29 zobrazuje zdroje, odkud respondenti získávají informace o neverbální komunikaci. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Tabulka 9 poukazuje na četnost odpovědí. Informace od školitele/ky na pracovišti představují nejčastěji uvedenou odpověď respondentů (53 %). Respondenti dále uvedli, že informace získávají z internetu (43 %) a z odborných knih (22 %). Je zajímavé, že odborné knihy představují zdroj informací na posledním místě z uvedených možností, za internetem. Dle mého názoru mají sestry k dispozici mnoho publikací o komunikaci, ale raději volí internet, který je dostupnější.

V otázce č. 20 nás zajímalo, zda sestry absolvovaly již nějakou speciální akci o komunikaci s pacientem s UPV. Zarážející je odpověď respondentů „ne“ v zastoupení až 55 respondentů (63 %). Zarážející z toho důvodu, že respondenti jsou sestry, které se s takovými pacienty setkávají denně. Jsem toho názoru, že sestry pracující na resuscitačních odděleních, by měly takový kurz absolvovat. Rozhodně by to nebylo na škodu.

Předmětem našeho výzkumu bylo i to, zda zaměstnavatel nabídnul někdy respondentům kurz o komunikaci. 79 respondentům (90 %) byl kurz nabídnut. Pouze 9 respondentů (10 %) uvádí, že jim kurz o komunikaci nabídnut nebyl. Výzkum probíhal u jednoho zaměstnavatele, tak nám není jasná správnost odpovědí u 9 respondentů. Možná se ale jedná o nové zaměstnance, kteří ještě tu možnost neměli.

V otázce č. 21 jsme zkoumali, zda mají sestry zájem o kurz komunikace. Pouze 9 respondentů (10 %) zvolilo odpověď „ne“. Je z toho patrné, že sestry mají chuť a snahu se v komunikaci zdokonalovat.

Respondenti měli možnost vyjádřit svůj vlastní názor nebo komentář k tématu komunikace nebo k samotnému dotazníku. Tato položka č. 22 byla zcela dobrovolná. Vlastní komentář vyjádřili pouze 4 respondenti (5 %) z celkového množství respondentů 88 (100 %). Jejich odpovědi viz výše.

Na téma neverbální komunikace sestry s pacientem jsme našli na internetu bakalářské práce z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty od studentky Lucie Jéglové. Autorka se zabývala specifikami neverbální komunikace sester s pacienty z pohledu sestry, i z pohledu pacienta (Nonverbální komunikace sester s pacienty, 2011). Další nalezenou bakalářskou práci, věnující se tomuto tématu, je práce studentky Moniky Studíkové (Význam neverbální komunikace pro pacienta, 2009), které cílem bylo zjistit význam neverbální komunikace pro pacienta.

ZÁVĚR

Neverbální komunikaci je v posledních letech věnováno velké pozornosti. V porovnání s verbální komunikací často vychází z podvědomí, oslovuje emocemi a přenáší informace o pocitech, vztazích. Neverbální komunikace také hodně vypovídá o povahových vlastnostech komunikujících. Neverbální projevy prozradí často více než slova, poodhalí to, co se snaží člověk zamlčet. A právě proto má neverbální komunikace v práci všeobecné sestry význam. Zkušená sestra umí z pacientova obličeje vyčíst jeho potřeby a přání, i když je pacient nevysloví. A to umožňuje dostatečně se věnovat všem potřebám a potížím pacientů a být pro něj oporou. V ošetrovatelské péči je stejně důležité efektivně komunikovat jako bezpečně provádět ošetrovatelské výkony. Spolupráce mezi sestrou a pacientem by měla být založená na vzájemné úctě a důvěře. V této bakalářské práci jsme se zabývali neverbální komunikací všeobecné sestry s pacientem.

V teoretické části práce byly popsány druhy obecní komunikace, verbální i neverbální komunikace v ošetrovatelském procesu, největší část je věnována neverbální komunikaci. Část práce je zaměřena na specifiku komunikace s pacientem na umělé plicní ventilaci.

V empirické části práce jsme se zaměřili na zjištění znalostí a zkušeností sester ohledně neverbální komunikace s pacienty v klinické praxi. Zároveň jsme zjišťovali, zda sestry pracující na odděleních, kde se vyskytují pacienti s UPV, mají nějaký speciální kurz, a které techniky komunikace jsou využívány v komunikaci s pacientem s UPV.

Cílem č. 1 bylo zjistit znalosti a zkušenosti sester ohledně neverbální komunikace v praxi.

Tyto znalosti a zkušenosti byly zjišťovány v empirické části bakalářské práce dotazníkovou metodou. V otázkách byly sestry dotazovány na význam gest u pacientů, na udržování očního kontaktu s pacientem, na uhýbání pohledu pacienta, jak podporují pacienty apod. Z výzkumu vyplynulo, že zkušenosti a znalosti sester s neverbální komunikací v praxi jsou dostačující. Sestry vědí, co znamená, když pacient uhýbá pohledem, také rozumí gestům pacienta. Ve své praxi se setkávají s neverbální komunikací běžně. Za problém však považujeme, že sestry neumějí číst z obličeje pacienta, jak to bylo výzkumem zjištěno. Velká část sester se shodla na tvrzení, že pacienti považují za nepříjemné doteky na intimních partiích. Zajímavé je i

zjištění, že když chtějí sestry vyjádřit pacientovi své pochopení a podporu uchopí jej za ruku (82 %).

Dílčí cíle:

a.) zjistit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace s pacientem

Úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace jsme zjišťovali na základě dotazníkového šetření. V dotazníku jsme se sester ptali na znalost pojmu a složky neverbální komunikace, zároveň nás zajímalo, zda sestry ovládají pojmy haptika, proxemika. Z výsledků lze konstatovat, že sestry mají v určitých znalostech drobné nedostatky. Nejméně znalostí v oblasti neverbální komunikace jsme zaznamenali u všeobecných sester pracujících na oddělení OCHRIP. Také u sester se středoškolským vzděláním.

b.) zjistit důležitost neverbální komunikace pro pacienta z pohledu sester a zájem sester v oblasti neverbální komunikace s pacientem

V rámci dotazníkové metody jsme se zaměřili na to, zda mají sestry zájem o neverbální komunikaci s pacientem a zda sestry považují neverbální komunikaci za důležitou pro pacienta. Z výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry zájem o neverbální komunikaci mají. A neverbální komunikaci považují za důležitou pro pacienta.

c.) zmapovat, čeho si všeobecné sestry nejvíce všímají při kontaktu s pacientem

Všeobecná sestra si nejvíce při kontaktu s pacientem všímá podle našeho výzkumu výraz obličeje, oči, držení těla. Tyto tři druhy neverbální komunikace tedy můžeme označit jako nejvíce užívané druhy neverbální komunikace sestrami. Zajímavé je, že podle našeho výzkumu jsou doteky na posledním místě.

Cílem č. 2 bylo zjistit znalosti všeobecných sester o neverbální komunikaci u pacientů s UPV z pohledu sester. A také zjistit, zda mají sestry zájem se o tématu neverbální komunikace s pacienty s UPV dozvědět nové informace a odkud informace získávají

Z našeho výzkumu je patrné, že všeobecné sestry pracující na vybraných odděleních si myslí, že mají dostatek informací a znalosti v oblasti komunikace s pacientem s UPV. Informace o problematice komunikace s pacientem s UPV nejčastěji všeobecné sestry získávají od školitele/ky na pracovišti a z internetu. Sestry jsou ochotné dozvídat se nové informace o tématu neverbální komunikace s pacientem s UPV.

Dílčí cíle:

a.) zjistit, zda sestry pracující na vybraných odděleních (ARO, JIP, OCHRP) mají specializační kurz zaměřen na komunikaci s pacientem s UPV

Na základě dotazníkového šetření jsme zjistili, že nadpoloviční většina všeobecných sester, které se denně setkávají s pacientem s UPV, neabsolvovaly žádnou speciální akci nebo vzdělávací kurz zaměřen na komunikaci s pacientem s UPV. To vidíme jako problém.

b.) zjistit, jaké komunikační techniky jsou využívány sestrami u pacientů s UPV, kteří jsou při vědomí

Z výzkumu vyplynulo, že sestry nejvíce komunikují s pacienty s UPV za pomoci tabulky s abecedou. Dále se sestry soustředí na výraz obličeje, piktogramy. Sestry také pozorují gesta pacientů, dávají možnost pacientům vyjádřit se prostřednictvím volného písemného projevu. Pohled a doteky mají také svoje využití. Sestry v dotazníku zmínily i variantu „jiné“, kde uvedly jako možnost komunikace prostřednictvím laryngofonu a posunků. Z výzkumu lze konstatovat, že sestry při komunikaci s pacientem s UPV užívají širokou škálu komunikačních technik, jsou schopné s pacientem se dorozumět, i když je pacient neschopný komunikovat přirozenou cestou.

Z tohoto výzkumu je možné vyvodit doporučení pro praxi:

1. Každý pacient je individuální bytost, proto ke každému pacientovi by sestry měly přistupovat individuálně i co se týče komunikace. Práce by měla vést sestry k zamyšlení se nad důležitosti neverbální komunikace mezi sestrou a pacientem. A vzbudit zájem sester vzdělávat se v komunikaci.

2. Navrhovali bychom specializační kurzy pro všeobecné sestry, které pracují na odděleních, kde se setkávají s pacienty s UPV.

3. Bylo by vhodné organizovat ze strany zaměstnavatele semináře pro všeobecné sestry, kde by si sestry vzájemně vyměňovaly zkušenosti z praxe v oblasti neverbální komunikace, protože jak je z výzkumu patrné, sestry mají rezervy v oblasti neverbální komunikace.

4. Zároveň by bylo vhodné, ze stran zaměstnavatele nebo vedení, sledovat komunikační dovednosti všeobecných sester, popřípadě vypracovat standard o komunikaci. Následkem čeho by bylo zefektivnění komunikace sestry s pacientem. Tím by byla péče o pacienta kvalitnější a vedla by ke vzájemné spokojenosti pacienta i sestry.

ANOTACE

Autor:	Jaroslava Čečková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Neverbální komunikace všeobecné sestry s pacientem
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	92
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2012
Klíčová slova:	komunikace, neverbální komunikace, všeobecná sestra, pacient, umělá plicní ventilace

Bakalářská práce pojednává o neverbální komunikaci všeobecné sestry s pacientem. Pozůstává z části teoretické a empirické.

Teoretická část vysvětluje komunikaci všeobecně, neverbální komunikaci v ošetrovatelském procesu. Zahrnuje i specifiku neverbální komunikace s pacientem na umělé plicní ventilaci.

Empirická část je založena na dotazníkovém šetření, které proběhlo na vybraných odděleních ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze. Předmětem zkoumání byly znalosti a zkušenosti všeobecných sester ohledem neverbální komunikace s pacientem, možnosti neverbální komunikace u pacientů na umělé plicní ventilaci.

This bachelor thesis deals with the topic of communication between the general nurse and the patient. It consists of two parts – theoretical and empirical.

The theoretical part explains communication in general, nonverbal communication in the process of medical care. Specifics of nonverbal communication with the patient on artificial lung ventilation are part and parcel of the thesis.

The empirical part is based on a survey presented by a questionnaire assigned to selected departments in Faculty hospital Motol in Prague. The subject of the research lies in knowledge as well as experience of general nurses on the basis of nonverbal communication with the patient, possibilities of nonverbal communication with patients on artificial lung ventilation.

LITERATURA A PRAMENY

LEMON 2: učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 125 s. ISBN 80-701-3238-8.

ANDERSEN, Peter A. *Nonverbal communication: forms and functions*. 2. vyd. přeprac. Long Grove: Waveland Press, 2008, 428 s. ISBN 1-57766-543-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.

BEDNÁŘOVÁ, Jitka. *Spokojenost klientů v lůžkových zařízeních s komunikačními dovednostmi všeobecných sester* [online]. Brno, 2010 [cit. 2012-03-28]. 89 s. Dostupné z: www.theses.cz. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, LF, Katedra ošetřovatelství.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 420 s. ISBN 80-716-9988-8.

DOSTÁL, Pavel. *Základy umělé plicní ventilace*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2005, 292 s. Intenzivní medicína. ISBN 80-734-5059-3.

GLASS, Lilian. *Vím, co si myslíte!: jak prokóknout ty druhé*. 1. vyd. Praha: Motto, 2009, 275 s. ISBN 80-7246-485-2.

HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-726-2032-0.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 136 s. ISBN 80-7367-477-9.

JÉGLOVÁ, Lucie. *Nonverbální komunikace sester s pacienty* [online]. České Budějovice, 15.8.2011 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: www.theses.cz. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 352+16s. ISBN 80-247-1830-9.

KASAL, Eduard et al. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče: pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 197 s. ISBN 80-246-0556-2.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie komunikace pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009, 136s+4 barevné přílohy. ISBN 80-247-2831-5.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 549 s. ISBN 80-247-2548-2.

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. vyd. Martin: Osveta, 2009, 182 s. ISBN 80-8063-160-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Já a Ty - o zdravých vztazích mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 256 s. ISBN 08-042-86.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1988, 235 s. ISBN 25-095-88.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. 2. vyd. Praha: Návrat, 1996, 135 s. ISBN 80-7195-405-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 164 s. ISBN 80-247-2069-2.

LA BARRE, Frances. *Jak mluví tělo: neverbální chování v klinické praxi*. 1. vyd. Překlad Jiří Papoušek. V Praze: Triton, 2004, 302 s. ISBN 80-725-4446-2.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s. ISBN 80-247-1784-5.

MEHRABIAN, Albert. *Silent messages*. 1. vyd. Oxford, England: Wadsworth, 1971, 152 s.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 361 s. ISBN 80-247-0650-4.

PEASE, Allan. *Řeč těla: jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 137 s. ISBN 80-717-8582-2.

PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 146 s. ISBN 80-247-0858-2.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 80-7013-466-5.

STUDÍKOVÁ, Monika. *Význam neverbální komunikace pro pacienta* [online]. České Budějovice, 2009 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: www.theses.cz. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 80-7262-599-4.

ŠTĚPANÍK, Jaroslav. *Umění jednat s lidmi 2: komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 161 s. ISBN 80-247-0844-2.

TATE, Petr. *Průručka Komunikace pro lékaře: Jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 164 s. ISBN 80-247-0911-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 319 s. ISBN 80-7178-998-4.

SEZNAM ZKRATEK

ARO	–	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
JIP	–	Jednotka intenzivní péče
OCHRIP	–	Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče
UPV	–	Umělá plicní ventilace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Graf 2 – Odpracované roky ve zdravotnictví.....	34
Graf 3 – Současné oddělení	35
Graf 4 – Současné oddělení podle nejvyššího dosaženého vzdělání	36
Graf 5 – Odpracované roky ve zdravotnictví podle současného oddělení	37
Graf 6 – Odpracované roky na současném oddělení	38
Graf 7 – Odpracované roky na současném oddělení podle pracoviště	39
Graf 8 – Co je podle Vás neverbální komunikace?	40
Graf 9 – Složky neverbální komunikace.....	41
Graf 10 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta.....	42
Graf 11 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta podle současného oddělení	43
Graf 12 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta podle odpracovaných let ve zdravotnictví	44
Graf 13 – Důležitost neverbální komunikace pro pacienta podle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	45
Graf 14 – Ze které části obličeje vyčtete u pacienta strach a smutek?	48
Graf 15 – Vzdálenost mezi komunikujícími.....	48
Graf 16 – Vzdálenost mezi komunikujícími podle odpracovaných let ve zdravotnictví.....	49
Graf 17 – Vzdálenost mezi komunikujícími podle současného oddělení.....	50
Graf 18 – Vzdálenost mezi komunikujícími podle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	51
Graf 19 – Čím se zabývá haptika?	52
Graf 20 – Čím se zabývá haptika v členění podle současného oddělení	52
Graf 21 – Čím se zabývá haptika v členění podle odpracovaných let ve zdravotnictví	53
Graf 22 – Čím se zabývá haptika v členění podle nejvyššího dosaženého vzdělání	54
Graf 23 – Nepříjemné doteky pro pacienta.....	55
Graf 24 – Pochopení a podpora	56
Graf 25 – Oční kontakt s pacientem	57
Graf 26 – Uhýbání pohledem.....	58
Graf 27 – Gesta pacienta při nervozitě a nejistotě	59
Graf 28 – Dostatek informací v oblasti komunikace s pacientem s UPV.....	61
Graf 29 – Získávání informací o problematice komunikace s nemocným s UPV	62

Graf 30 – Absolvování speciální vzdělávací akce o komunikaci s pacientem s UPV.....	63
Graf 31 – Nabídka kurzu komunikace s pacientem.....	64
Graf 32 – Účast na nabídnutém kurzu	64

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Lineární pojetí interpersonální komunikace.....	10
Obrázek 2 – Interakční pojetí.....	11
Obrázek 3 – Transakční pojetí	11
Obrázek 4 – Základní schéma interpersonální komunikace	11
Obrázek 5 – Efektivita komunikace.....	16

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Četnost odpovědí definice neverbální komunikace	40
Tabulka 2 – Četnost odpovědí složek neverbální komunikace.....	41
Tabulka 3 – Podíl variant podle významnosti	46
Tabulka 4 – Podíl variant podle významnosti	46
Tabulka 5 – Podíl variant podle významnosti	47
Tabulka 6 – Četnost variant odpovědí v uvedených stupních významnosti.....	47
Tabulka 7 – Četnost odpovědí uhýbání pohledem.....	58
Tabulka 8 – Četnost odpovědí komunikačních technik u pacientů s UPV.....	60
Tabulka 9 – Četnost odpovědí získávání informací o problematice komunikace s nemocným s UPV	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Souhlas s výzkumem.....	86
Příloha 2 – Dotazník neverbální komunikace.....	87

Příloha 1 – Souhlas s výzkumem

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetřovatelství
V Úvalu 84
Praha 5
155 00

V Praze, dne 24. 11. 2011

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Motole

Vážená paní náměstkyně,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na vybraných odděleních Fakultní nemocnice v Motole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Jaroslavy Čečkové, narozené 19. 12. 1983, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Tématem práce je Neverbální komunikace všeobecné sestry s pacientem. Cílem práce je zjistit znalosti a zkušenosti sester ohledně neverbální komunikace v klinické praxi.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku u všeobecných sester, který přikládám k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Jaroslava Čečková

Kontaktní adresa:

Jaroslava Čečková
Pod Nádražím 632
252 16 Nučice
Tel.: 721 858 653
E-mail: jarkaceckova@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:

☒ souhlasím
☐ nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 24. 11. 2011

Podpis, razítko:

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

Příloha 2 – Dotazník neverbální komunikace

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Jmenuji se Jaroslava Čečková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Studuji obor Ošetrovatelství – všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění toho dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma Neverbální komunikace všeobecné sestry s pacientem. Tento dotazník je zcela anonymní, proto prosím nevpisujte žádné identifikační údaje. Veškeré údaje zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou závěrečnou bakalářskou práci.

Vyplněný dotazník, prosím, předejte kontaktní osobě na Vašem oddělení, od které jste dotazník obdržel/a.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Instrukce pro vyplnění dotazníku:

1. U každé otázky vyberte a zakroužkujte odpověď (u některých otázek je možnost volby více odpovědí).
2. Vyplňte, prosím, všechny otázky, jinak nemohu dotazník pro svou práci použít.
3. Na konci dotazníku je místo pro Váš komentář. Zde, prosím, napište vše, co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a.) SZŠ (střední odborné)
- b.) VOŠ (vyšší odborné)
- c.) VŠ (vysokoškolské)
- d.) specializační studium (ARIP...)

2. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?

- a.) 0 – 5 let
- b.) 6 – 10 let
- c.) 11 – 20 let
- d.) 21 let a více

3. Na kterém oddělení pracujete v současné době?

- a.) ARO
- b.) JIP
- c.) OCHRIP

4. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

- a.) méně než 12 měsíců
- b.) 1 – 3 roky
- c.) více než 3 roky

5. Co je podle Vás neverbální komunikace? (můžete označit i více odpovědí)

- a.) řeč těla
- b.) mluvená řeč
- c.) situace, kdy sestra i pacient (při kontaktu sestry s pacientem) mlčí
- d.) jiné.....

6. Zaškrtněte složky neverbální komunikace, o kterých si myslíte, že k ní patří:

- a.) výraz obličeje
- b.) pohyby rukou
- c.) komunikace po telefonu
- d.) rychlost řeči
- e.) rozhovor
- f.) sdělování činy
- g.) úprava zevnějšku
- h.) postavení těla
- i.) jiné.....

7. Považujete neverbální komunikaci za důležitou pro pacienta?

- a.) ano
- b.) spíše ano
- c.) ne
- d.) spíše ne
- e.) nevím

8. Při kontaktu s pacientem si všímáte jeho (z uvedených variant vyberte ty, které jsou pro Vás důležité, a označte je podle významnosti stupnicí 1 – 7, přičemž 1 je nejvýznamnější):

- a.) výrazu obličeje
- b.) očního kontaktu
- c.) pohyby rukou
- d.) vzájemné vzdálenosti
- e.) držení těla
- f.) vzájemných dotyků
- g.) postoje
- h.) jiné.....

9. Ze které části obličeje vyčtete u pacienta strach a smutek?

- a.) oblast nosu, tváří a úst
- b.) oblast čela a obočí
- c.) oblast očí a víček

10. Vzdálenosti mezi komunikujícími se zabývá:

- a.) haptika
- b.) proxemika
- c.) mimika
- d.) posturologie

11. Čím se zabývá haptika?

- a.) vůní těla
- b.) řeči pohybů
- c.) doteky
- d.) držení těla

**12. Které doteky, podle Vašeho názoru, považují pacienti za nepříjemné? (prosím
dopíšte)**

.....

13. Pokud chcete pacientovi vyjádřit své pochopení a podporu:

- a.) uchopíte jej za ruku
- b.) obejmete jej kolem ramen
- c.) komunikujete s pacientem bez dotyků
- d.) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
- e.) jiné.....

14. Když mluvíte s pacientem, udržujete s ním oční kontakt?

- a.) ano
- b.) spíše ano
- c.) ne
- d.) spíše ne
- e.) nevím

**15. Co podle Vás vyjadřuje pacient v případě, že uhýbá pohledem? (můžete označit i více
odpovědí)**

- a.) pacient se stydí
- b.) pacient má strach
- c.) pacientovi je můj pohled nepříjemný
- d.) pacient se mnou nemá chuť komunikovat
- e.) pacient se mnou chce komunikovat
- f.) jiné.....

16. Která gesta pacienta signalizují, že je pacient nervózní, nejistý?

- a.) pacient má pevně sevřené ruce
- b.) pacient si hraje s vlasy, sahá si na hlavu
- c.) pacient má zkřížené ruce na prsou
- d.) pacient má složené ruce za hlavou
- e.) jiné.....

17. Jaké komunikační techniky využíváte u pacientů s UPV, kteří jsou při vědomí?

(můžete označit i více odpovědí)

- a.) pozorování gest
- b.) výraz obličeje
- c.) komunikace doteky
- d.) komunikace pohledem
- e.) tabulka s abecedou
- f.) volný písemný projev nemocného
- g.) pomocí piktogramů (jednoduchých obrázků)
- h.) jiné.....

18. Myslíte, že máte dostatek informací v oblasti komunikace s pacientem s UPV?

- a.) ano
- b.) spíše ano
- c.) ne
- d.) spíše ne
- e.) nevím, nepřemýšlela jsem o tom

19. Jak získáváte informace o problematice komunikace s nemocným s UPV? (můžete označit i více odpovědí)

- a.) z odborných knih
- b.) od školitele/ky na pracovišti
- c.) z internetu
- d.) jiné.....

20. Absolvoval/a jste nějakou speciální vzdělávací akci (seminář, kurz, přednáška) o komunikaci s pacientem s UPV?

- a.) ano
- b.) ne

21. Nabídnul Vám někdy Váš zaměstnavatel kurz o komunikaci s pacientem?

- a.) ano
- b.) ne

Kdyby Vám byl tento kurz nabídnut, zúčastnil/a byste se?

a.) ano

b.) ne

22. Vlastní komentář

.....

.....

.....